

Petri Virtanen, Jari Smedberg, Pirkko Nykänen ja  
Jari Stenvall

## **Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa**

**Tammikuu 2017**

Valtioneuvoston selvitys-  
ja tutkimustoiminnan  
julkaisusarja 2/2017

# KUVAILULEHTI

Julkaisija ja julkaisuaika	Valtioneuvoston kanslia, 10.1.2017		
Tekijät	Petri Virtanen, Jari Smedberg, Pirkko Nykänen, Jari Stenvall		
Julkaisun nimi	Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017		
Asiasanat	Palveluintegraatio, tietojärjestelmäintegraatio, asiakastietojärjestelmä		
Julkaisun osat/ muut tuotetut versiot	6/2016; Väliraportti (julkaisematon)		
Julkaisuaika	Tammikuu, 2017	Sivuja 95	Kieli suomi

## Tiivistelmä

Tutkimuksen pää tavoitteena on selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sekä asiakastietojärjestelmien integraation vaikutuksia. Tutkimusaineiston perusteella integraatio on sirpaloitunut: molempiin liittyy eri tasoilla tehtyjä, vaikutuksiltaan hajanaisia ja paikallisia, kokeiluja ja toteutuskäytäntöjä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisvaltaisesta systeemisestä uudistamisesta, joka toteutetaan vertikaalisen ja horisontaalisen integraation periaatteilla, on maailmalta vähän tutkimusnäyttöä. Suomen sote-uudistus on kansainvälisesti melko uniikki toimenpide huomioiden sen laajuus ja nopea toteutusaikataulu.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio edellyttää niin systeemi-, työntekijä- kuin asiakaslähdistöistä muutosta. Muutokselle suopean ilmapiirin luomisessa ja muutoksen etenemisessä on syytä korostaa keskijohdon ja lähiesimiesten merkitystä. Asiakaslähdistöisyyden kannalta asiakkaiden vastuuttaminen valintojen tekijäksi on usein kohtuutonta: he tarvitsevat ammatillaisen apua muutoinkin tilanteessaan. Mikäli sosiaali- ja terveyspalveluissa ei jatkossa onnistuta rakentamaan yhteistyöhön perustuvaa rajapinta-ajattelua julkisesti ja yksityisesti tuotettujen sekä maakuntien ja kuntien palvelujen käyttäjien välille, sote-uudistuksen suuret toiminnalliset ja kustannuskasvun hillintään tähtäävät tavoitteet jäävät toteutumatta.

Tietojärjestelmissä yhtenäinen ja semanttinen tieto palvelee kaikkia palvelujärjestelmän toimijoita – järjestäjiä, tuottajia, asiakkaita, työntekijöitä ja erilaisissa positioissa olevia päätöksentekijöitä. Tietojärjestelmien uudistaminen vaatii kuitenkin johdonmukaisuutta, kokeiluja, mahdollisuuksien havainnointikykyä ja kokonaisvaltaista ymmärrystä asiakas- ja potilaskohtaisen tiedon käyttömahdollisuuksista.

**Liite 1** Systemaattisen kirjallisuushaun toteutuksen yksityiskohtainen kuvaus

**Liite 2** Lista haastatelluista asiantuntijoista

**Liite 3** Kuntatapaukset

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2016 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

# PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare &amp; utgivningsdatum</b>	Statsrådets kansli, 10.1.2017		
<b>Författare</b>	Petri Virtanen, Jari Smedberg, Pirkko Nykänen, Jari Stenvall		
<b>Publikationens namn</b>	Inverkan av service- och kundinformationssystemens integration inom social- och hälsovården		
<b>Publikationsseriens namn och nummer</b>	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2/2017		
<b>Nyckelord</b>	Serviceintegration, integration av informationssystem, kundinformationssystem		
<b>Publikationens delar /andra producerade versioner</b>	6/2016; Mellanrapport (opublicerad)		
<b>Utgivningsdatum</b>	Januari, 2017	<b>Sidantal</b> 95	<b>Språk</b> finska

## Sammandrag

Huvudmålet med undersökningen är att utreda inverkan av integration inom såväl social- och hälsovården som kundinformationssystemet. Undersökningsmaterialet visar att integrationen är splittrad: inom bådaddera förekommer det experiment och implementeringspraxis på olika nivåer och med spridd och lokal inverkan. Det finns knappt med undersökningsbevis i världen gällande helomfattande systemisk reform av social- och hälsovård som implementerats enligt principerna för vertikal och horisontal integration. Den finska sote-reformen är internationellt sett en relativt unik åtgärd med tanke på dess omfattning och snabba takt för genomföring.

Serviceintegration inom social- och hälsovård förutsätter förändringar på olika plan: systemet, arbetstarna och kunden. För att skapa en för reformen positiv atmosfär och med tanke på reformens genomföring bör vi framhäva betydelsen av mellancheferna och arbetsledarna. Med tanke på kundorientering är det ofta orimligt att ställa kunden till ansvar för sina val: i deras situation behöver de ju professionell hjälp även i andra frågor. Om man i fortsättningen inte lyckas med att inom social- och hälsovården bygga upp ett samarbetsbaserat tankesätt gällande gränsyterna mellan statligt och privat produktion samt användare av landskapens och kommunernas tjänster, kommer sote-reformens högre funktionsrelaterade och till kostnadsbesparingar riktade mål inte att förverkligas.

Inom informationssystemet står enhetlig och semantisk information till förfogande för alla aktörerna inom servicesystemet – arrangörer, producenter, kunder, arbetstagare och beslutsfattare i olika positioner. Reform av informationssystem kräver dock följdriktighet, experimentering, förmågan att observera möjligheter samt helomfattande förstånd om möjligheterna att utnyttja kund- och patientspecifik information.

**Bilaga 1** Detaljerad beskrivning om implementering av systematisk litteratursökning

**Bilaga 2** Förteckning över experterna som intervjuats

**Bilaga 3** Case-beskrivningar gällande kommuner

Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan för 2016 (tietokayttoon.fi/sv).

De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt

## DESCRIPTION

<b>Publisher and release date</b>	Prime Minister's Office, 10.1.2017		
<b>Authors</b>	Petri Virtanen, Jari Smedberg, Pirkko Nykänen, Jari Stenvall		
<b>Title of publication</b>	Effects of service and customer information systems integration in social welfare and healthcare		
<b>Name of series and number of publication</b>	Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 2/2017		
<b>Keywords</b>	Service integration, information systems integration, customer information system		
<b>Other parts of publication/ other produced versions</b>	6/2016; Interim Report (unpublished)		
<b>Release date</b>	January, 2017	<b>Pages</b> 95	<b>Language</b> Finnish

### Abstract

The main objective of the study is to examine the effects of the integration of social welfare and healthcare and the customer information systems. The research material indicates that integration is splintered: both include experiments and implementation practices at different levels and with scattered and local effects. There is little research evidence in the world on comprehensive, systemic reforms of social welfare and healthcare implemented according to the principles of vertical and horizontal integration. The Finnish social welfare and healthcare reform is internationally a quite unique undertaking when considering its extent and swift implementation plans.

Service integration in social welfare and healthcare calls for a change with system, employee, and customer orientation. In creating a positive atmosphere for change and in the progress of the reform we ought to emphasize the instrumental role of middle management and the closest superiors. From the point customer orientation it is often unreasonable to make the customers responsible for their choices: in their situation they are already in need of professional help in many ways. Unless social welfare and healthcare services will be able to build up cooperation based interface thinking between public and private production as well as the users of provincial and municipal services, the great functional objectives of the reform as well as those aiming at curtailing the rising costs will not be realized.

In the information systems, uniform and semantic information is at the disposal of all actors within the service system – organizers, producers, customers, employees, and decision makers in various positions. Nevertheless, reforming of information systems requires consistency, experimenting, the ability to observe possibilities, and comprehensive understanding of the potential uses of customer and patient specific information.

**Appendix 1** Detailed description of the implementation of systematic literature search

**Appendix 2** List of interviewed specialists

**Appendix 3** Case descriptions regarding municipalities

This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research for 2016 ([tietokayttoon.fi/en](http://tietokayttoon.fi/en)).

The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.



# SISÄLLYS

<b>1. JOHDANTO .....</b>	<b>6</b>
1.1 Keskeiset käsitteet .....	6
1.2 Palvelujen ja tietojärjestelmien nykytila Suomessa .....	7
1.3 Tutkimushankkeen kokonaisuus .....	9
1.4 Loppuraportin rakenne.....	11
<b>2. TUTKIMUSMENETELMÄT .....</b>	<b>12</b>
2.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus .....	12
2.2 Asiantuntijoiden teemahaastattelut.....	13
2.3 Muu aineisto .....	16
<b>3. TUTKIMUSAINEISTOSTA TEHDYT HAVAINNOT .....</b>	<b>17</b>
3.1 Miten maailmalla on tutkittu integraatiota palveluissa ja tietojärjestelmissä?.....	17
3.2 Avainhenkilöiden käsityksiä integraatiosta Suomessa .....	25
3.3 Integraatiokokemukset Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	33
3.4 Palvelu- ja tietojärjestelmäintegraation hyvät käytännöt Suomessa .....	38
3.5 Integraatio oikeudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna .....	45
3.6 Yhteenveto: tutkimuksen 21 keskeistä havaintoa.....	48
<b>4. TUTKIMUKSEN KYMMENEN JOHTOPÄÄTÖSTÄ .....</b>	<b>53</b>
4.1 Palveluintegraatio .....	53
4.2 Tietojärjestelmäintegraatio.....	56
<b>5. YHTEENVETO .....</b>	<b>58</b>
5.1 Tutkimusprosessin aikana opittua .....	58
5.2 Tiekartta syvenevään integraatioon.....	60
<b>LÄHTEET JA TAUSTA-AINEISTO .....</b>	<b>61</b>
Kirjallisuuskatsaus .....	61
Muu tutkimuskirjallisuus ja tausta-aineisto .....	62
<b>LIITTEET .....</b>	<b>67</b>
Liite 1. Systemaattisen kirjallisuushaun toteutuksen yksityiskohtainen kuvaus .....	67
Liite 2. Lista haastatelluista asiantuntijoista.....	71
Liite 3. Kuntatapaukset .....	72

# 1. JOHDANTO

## 1.1 Keskeiset käsitteet

Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat palveluintegraatio, tietojärjestelmäintegraatio ja asiakastietojärjestelmä.

**Palveluintegraatiolla** tarkoitetaan yleisellä tasolla yhtenäistä palvelukokonaisuutta. Se voi toteutua niin sanotuista matalankynnyksen paikoista (esimerkiksi perhetyö, digitaaliset palvelut tai järjestöjen vertaistukipalvelut) erityistason palvelujen (esimerkiksi lastensuojelu, vammaispalvelu) kautta vaativan tason palveluihin (esimerkiksi lastenpsykiatria). Tämä on niin sanottua vertikaalista integraatiota. Joissakin tapauksissa vertikaalisen palveluintegraation voidaan katsoa pitävän sisällään julkisen politiikan ja hallinnon eri tasot – julkisen politiikan kokonaisuuden suunnittelusta palvelujärjestelmän rahoitukseen ja aina yksittäisen sosiaali- ja terveyspalveluorganisaation toimintaan asti. Näin ajatellen vertikaaliseen integraatioon voidaan sisällyttää myös sosiaali- ja terveyspalvelujen politiikkasuunnittelu, palvelujen rahoitusmalli ja palveluihin liittyvä politiikkaohjaus (lainsäädäntö, taloudelliset resurssit ja informaatio-ohjaus).

Palveluintegraatio voi olla myös horisontaalista, jolloin tarkoitetaan kahden erillisen sosiaali- ja terveydenhuollon profession tai organisaation välisten palvelujen yhdistämistä toimivaksi kokonaisuudeksi asiakkaan edun (palvelutarpeen tyydyttäminen) mukaisesti.

Palveluintegraatiossa keskeistä on usein asiakaslähtöinen toimintamalli, jossa palvelujen käyttäjät nähdään toiminnan resurssina ja heidät otetaan aktiivisesti mukaan palvelujen suunnitteluun, toimeenpanoon ja tuloksellisuuden arviointiin.

**Tietojärjestelmäintegraatiossa** ensisijaista on tiedon siirtyminen tietojärjestelmien – vertikaalisten ja horisontaalisten – välillä siten, että toiminnallinen palvelukokonaisuus voidaan toteuttaa järkevästi ja tarkoituksenmukaisesti.

Kyse ei siis ole kahden tai useamman eri tietojärjestelmän yhdistämisestä, kuten joskus varsinakin tiedotusvälineissä asian näkee integraationa ymmärrettävän, vaan tietojärjestelmien tietojen vaihdon ja kommunikaation mahdollistamisesta. Järjestelmät ovat siis yhä integraation jälkeenkkin erillisiä, mutta ne pystyvät toimimaan yhdessä eli käsittelemään toisesta järjestelmästä tulevaa tietoa. Näin ne hyödyttävät olennaisesti palveluintegraation toteutumista. Palvelussa tarvittavat toiminnot voidaan toteuttaa myös yhtenä yhteisenä alustana (kuten esimerkiksi Apotissa<sup>1</sup>). Tällöinkin on yhä huomioitava tiedon siirtyminen esimerkiksi kansallisiin järjestelmiin.

**Asiakastietojärjestelmällä** tarkoitetaan niin potilas- kuin asiakastietojen käsittelyyn ja hallintaan tarkoitettua tietojärjestelmää. Järjestelmä pitää sisällään asiakkaan palvelujen toimivuuden kannalta olennaisia tietoja, kuten esimerkiksi asiakas- ja potilastiedot, palveluhistorian, palvelujen käyttäjien omat preferenssit palveluihin liittyen ja palveluihin liittyvät suunnitelmat. Asiakastietojärjestelmiä on käytössä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Apotti on alueellisesti yhtenäinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä, jossa mukana ovat Helsinki, Vantaa, Kirkkonummi sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS).

<sup>2</sup> Asiakastietolain (159/2007) 5 a luvussa (28.3.2014/250) tietojärjestelmät luokitellaan A- ja B-luokan järjestelmiksi. A-luokan järjestelmät pystyvät hyödyntämään valtakunnallista Kanta-palvelua. B-luokan asiakastietojärjestelmät eivät välitä tietoa valtakunnalliseen palveluun, vaan ovat paikallisia tai alueellisia.

## 1.2 Palvelujen ja tietojärjestelmien nykytila Suomessa

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat olleet huomion kohteena yhteiskunnallisessa päätöksenteossa monestakin syystä. Esimerkiksi politiikan paikallisilla ja valtakunnallisilla areenoilla sosiaali- ja terveyspalveluihin on kohdistettu huomattavaa mielenkiintoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri professioilla on myös ollut aktiivinen rooli palvelujen suunnittelussa, toimeenpanossa ja kehittämisessä. Palvelujärjestelmää on kehitetty vuosikymmenten saatossa asteittain ja vaiheittain osana alan lainsäädännön, sosiaalivakuutusjärjestelmän ja kuntarakenteen kehitystä.

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen suunta-  
viivat, valmistelee lainsäädännön ja ohjaa palvelurakennemuutosten toteuttamista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu on kunnilla, mutta palvelujen tuottajina ovat olleet niin julkinen, yksityinen kuin kolmas sektori. Kunnat voivat tuottaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut yksin tai muodostaa keskenään kuntayhtymiä. Sairaanhoidopiirit järjestävät erikoissairaanhoidon. Jotkut erikoissairaanhoidon palvelut järjestetään yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden pohjalta. Työjako on periaatteessa selkeä, mutta muun muassa kuntien erilaisuuden ja itsehallinnon takia kokonaisvaltainen sosiaali- ja terveyspalveluiden integroinnin ja tietojärjestelmien ohjaus on vuosien varrella kohdannut erilaisia ongelmia.

Sosiaalihuoltolain mukaisiin yleisiin sosiaalipalveluihin kuuluvat sosiaalityö ja sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kotipalvelu ja kotihoito, omaishoidon tuki, asumispalvelut, laitoshoido, liikkumista tukevat palvelut, päihde- ja mielenterveystyö, kasvatus- ja perheneuvonta sekä lapsen ja vanhemman välisten tapaamisten valvonta. Erityislainsäädännön perusteella tarjottavia kunnallisia sosiaalipalveluja ovat mm. vammaispalvelut, kehitysvammaisten erityishuolto, toimeentulotuki, lastensuojelu, kuntouttava työtoiminta, lapsen huoltoon ja tapaamisoikeuteen liittyvä sovittelu, perhehoito, omaishoidon tuki ja kotouttamiseen liittyvät tehtävät.

Terveyspalvelut jakautuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja erilaisia palveluita. Perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan kunnan terveyskeskuksessa. Erikoissairaanhoidon tarkoittaa erikoissaloiden mukaisia tutkimuksia ja hoitoja.

Palvelujen nykyisen organisoinnin kannalta sosiaali- ja terveydenhuoltoa ei enää käytännössä voi pitää toiminnallisesti erillisinä saarekkeina, koska palvelujen käyttäjän näkökulmasta katsottuna tärkeää on palvelutarpeiden tyydyttyminen – riippumatta siitä, ovatko palvelut käsitteellisesti ja lainsäädännön näkökulmasta sosiaalihuoltoa tai terveydenhuoltoa. Tyypillisiä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon rajapinnalle sijoittuvia palvelukokonaisuuksia ovat esimerkiksi päihde-, mielenterveys- ja vanhuspalvelut.

Huomionarvoista on, että sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimintaympäristössä on tapahtunut 1990-luvulta alkaen merkittäviä muutoksia. Niitä ovat aiheuttaneet ainakin seuraavat tekijät:

- Väestön ikääntymisen myötä lisääntyvä palvelutarve.
- Peruspalvelujen heikentymisen myötä terveyserot ovat kasvaneet maan eri osissa.
- Sosioekonomiset seikat ja sosiaalinen asema määrittelevät liiaksi hoitoon pääsyä ja palvelujen käyttöä, mistä seuraa palvelujen käyttäjien tasa-arvon rapautuminen.
- Palvelujen saatavuudessa eroja kunnallisten terveyskeskusten ja työterveyspalvelujen välillä.

- Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön saatavuuteen liittyvät ongelmat ovat heikentäneet palvelujen saatavuutta ja laatua.
- Palvelujen rahoitukseen liittyvät ongelmat ovat vuosien saatossa kasvaneet siinä määrin, että kuntien on tapauskohtaisesti ollut vaikea selvittää lakisääteisistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistä koskevista velvoitteistaan.

Vaikka tarve sosiaali- ja terveystalvurjärjestelmän uudistamiselle on vuosien saatossa muodostunut entistä ilmeisemmäksi, merkille pantavaa on, ettei palvelujärjestelmän uudistamisen periaatteista olla päästy viimeksi kuluneiden 20 vuoden aikana poliittisessa päätöksenteossa riittävässä määrin yksimielisyyteen. Poliittisilla puolueilla ei ole toistaiseksi ollut selkeää käsitystä vaadittavan uudistuksen tavoitteista, sisällöstä eikä uudistuksen toimeenpanoon liittyvistä keinoista.

Toinen merkille pantava seikka on, että kansalaisten luottamus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään on kaikista palvelujärjestelmään liittyvistä ongelmista huolimatta pysynyt sangen korkeana: esimerkiksi nykyisin edelleen neljä viidestä suomalaisesta kokee terveydenhuoltopalvelujen toimivan hyvin. Vastaavasti sosiaalipalveluja hyvin toimivana pitää kolme viidestä suomalaisesta. Palvelujen käyttäjät kannattavat sosiaali- ja terveystalvurpalvelujen uudistamista: kolme neljäsosaa suomalaisista pitää tärkeinä tai erittäin tärkeinä sellaisia tavoitteita kuin palvelujen sujuvuus, peruspalveluiden vahvistaminen, palvelujen yhdenvertainen saatavuus, palvelujen yhtenäiset toimintakäytännöt, palveluntuottajien kustannustietoisuus, palvelujen käyttäjien valinnanvapaus ja oman vastuun ottaminen. Palvelujen käyttäjien näkökulmasta kaikkein tärkeimpinä asioina pidettiin peruspalvelujen vahvistamista, palvelun käyttämisen sujuvuutta ja yhdenvertaista saatavuutta. (Aalto, Manderbacka, Muuri, Karvonen, Junnila & Pekurinen 2016)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmissä on tapahtunut paljon viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tietojenkäsittelyssä on siirrytty paperisesta sähköiseen sekä paikallisista alueelliseen ja valtakunnalliseen tiedonhallintaan (Kivioho, Winblad & Reponen 2004; Windblad 2006, 2008; Windblad, Reponen & Hämäläinen 2012; Reponen, Kangas, Hämäläinen & Keränen 2015). Inkrementaalisesti tapahtunut muutos tietojärjestelmien kehittämisessä on ollut nimenomaan asiakastietojärjestelmien kokonaisuuden kannalta hyvin merkittävä. Kansainvälisesti arvioiden (esim. European Commission 2011a; JRC 2014) Suomen tilanne on tietojärjestelmäintegraation kehittämisen kannalta hyvällä mallilla. Suomen akuutin hoidon sairaaloiden tietojärjestelmät ovat selvästi Euroopan Unionin keskiarvon yläpuolella ulkoisissa tietoverkkoyhteyksissä, digitaalisissa kuva-arkistoissa, laboratoriotietojen vaihdossa toisten organisaatioiden kanssa sekä selkeissä säännöstöissä klinisen potilastiedon käytöstä. Erikseen Suomea on arvostettu nopeista tietoliikenneyhteyksistä ja pitkäjänteisestä työstä tietojärjestelmien kehittämisessä, mikä on merkittävä tunnustus vuosikymmenien aikana toteutetusta tietojärjestelmäintegraatiosta.

Edellistä huolimatta, sosiaali- ja terveyshuollon tietojärjestelmäintegraation ongelmana on lukuisten käytössä olevien erilaisten tietojärjestelmien huono yhteentoimivuus. Myös tietosuojalainsäädäntö on vaikuttanut tietojärjestelmien nykytilaan: se mikä salassapidossa on yksilön oikeuksien turvaamisessa saavutettu, on tavallaan osittain hävitty tietojen siirtämisen rajoituksilla erillisten tietojärjestelmien välillä, ja tällä on ollut vaikutuksensa saumattomien palveluketjujen rakentamisessa menneinä vuosina<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Muutoksia lainsäädäntöön on tehty useita. Vuonna 2000 säädettiin määräaikainen Lex Makropilotti eli laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta (811/2000). Vuonna 2007 säädetyin lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (Asiakastietolaki 159/2007) tarkoituksena oli edistää asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä ja lailla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta (1227/2010; 250/2014) sitä muutettiin käsittämään muun muassa potilaan tiedonhallintapalvelu (osaksi Kantapalvelua). Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädettiin mahdollisuudesta yhteisestä potilastietojärjestelmästä sairaanhoitopiiriin alueelle. Tietohallintolaki (634/2011) toi velvoitteen alueellisesta yhteensovittamisesta.



Ratkaisuksi edellisen tyyppisiin ongelmiin on haettu yhtenäistä alueellista tietojärjestelmää (kuten Apotti-järjestelmä) ja kokonaisarkkitehtuurin mukaisia kansallisia yhteentoimivuusmäärityksiä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisarkkitehtuurissa painotetaan asiakas- ja potilastietojen yhdenmukaistamista; tiedot on oltava saatavilla siellä, missä asiakkaat saavat palvelua. Edellisestä huolimatta sosiaali- ja terveystietojärjestelmien vastuualue jättää asioita, joita ei voi linjata ja ohjata valtakunnallisesti (esimerkiksi kirjaamiskäytännöt ja raportointivelvoitteet), millä on ollut erilaisia vaikutuksia tietojärjestelmien saumattomuuteen ja niiden mahdollisuuksiin edistää sosiaali- ja terveystietojärjestelmien saumattomuutta (ks. esim. Huovila, Aaltonen, Porrasmaa, Laaksonen & Korhonen 2015). Kuntien välisessä tietojärjestelmäyhteistyössä on ollut huomattavaa kunnittaista, alueellista ja toimialakohtaista vaihtelua. Esimerkiksi seudullinen yhteistyö on kärsinyt joltain osin luottamuspulasta ja yhteisen näkemyksen puutteesta kuntien välillä tietojärjestelmien kehittämiseen liittyen.

Tietohallintolaissa (634/2011) säädetään julkisen hallinnon viranomaisten tietohallinnon yleinen ohjaus valtiovarainministeriön vastuulle. Keskeistä laissa on tietojärjestelmien yhteentoimivuuden parantaminen. Valtiovarainministeriön tulee erityisesti huolehtia kokonaisarkkitehtuurin edellyttämien yhteentoimivuuden kuvausten ja määritysten laatimisesta ja ylläpidosta. Kokonaisarkkitehtuurikuvaukset ovat tehty myös sosiaalihuollossa ja terveydenhuollossa.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalvelu on nimeltään Kanta-palvelu. Se pitää sisällään sähköisen reseptin (Reseptikeskus), lääketietokannan, potilastiedon arkiston ja tiedonhallintapalvelun sekä kansalaisille tarkoitetun Omakanta-palvelun. Myös sosiaalihuollon kansallinen arkistopalvelu on tarkoitus liittää myöhemmin osaksi Kanta-palvelua. Näin asiakastietojen osalta saataisiin yhtenäinen palvelu, joka on myös kustannuksiltaan kohtuullinen. Kanta-palveluiden potilastiedon arkistoon terveydenhuollon yksiköt tallentavat potilastietojaan omista tietojärjestelmistä. Arkistoa rakennetaan vaiheittain, ja samalla sen käyttö laajenee vähitellen. Nykyisin potilastiedon arkistossa ovat mukana kaikki julkisen terveydenhuollon yksiköt. Yksityisistä terveydenhuollon toimijoista arkistossa oli marraskuussa 2016 jo 70 yksikköä. Vastaavasti Kanta-palveluiden potilastiedon arkistoon on sertifioitu noin 17 asiakastietojärjestelmää. (Kanta 2016)

## 1.3 Tutkimushankkeen kokonaisuus

Käynnissä oleva sosiaali- ja terveystietojärjestelmän uudistus – ja sen yhteyteen suunniteltu aluehallinnon uudistus – on toteutuessaan kiistatta yksi suurimmista Suomessa tehtävistä hallinnon ja julkisten palvelujen reformeista. Uudistuksen merkittävyyttä lisää, että se on luonteeltaan systeeminen (koskien koko palvelujärjestelmää sen laidasta laitaan), toteutustavaltaan kokonaisvaltainen (kattaen palvelujen rahoituksen, palvelujen saatavuuden, palvelujen järjestämisen ja tuottamisen sekä palvelujen käyttöön liittyvän valinnanvapauden), kattavuudeltaan valtakunnallinen ja toteutukseltaan kunnianhimoisen nopea.

Pääministeri Juha Sipilän hallituksen vuoden 2016 huhtikuussa (Valtioneuvosto 2016) ja ke-  
säkuussa (Lakiluonnokset 29.6.2016) tekemien linjausten mukaan maakunnat vastaavat järjestäjinä koko palvelujärjestelmän toimivuudesta. Maakunnat järjestävät ja osittain tuottavat sosiaali- ja terveystietojärjestelmien joko itse tai yhdessä muiden maakuntien kanssa. Uudistuksen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palveluiden toimivuutta ja mahdollistaa palvelujen käyttäjille vapauksia palvelujen valintaan. Keskeinen keino pyrkimyksessä on laaja asiakaslähtöinen palveluintegraatio. Sosiaali- ja terveystietojärjestelmän uudistuksen ja siihen liittyvän horisontaalisen ja vertikaalisen integraation uskotaan alentavan arvioitua kustannusten kasvua kolmen miljardin euron edestä vuoteen 2030 mennessä, millä olisi toteutuessaan suuri merkitys kansantalouden kestävyysvajeen kannalta.

Sosiaali- ja terveystalvuljärjestelmän reformissa merkittävässä roolissa on ajatus integraatiosta. Tässä tutkimushankkeessa tuotetaan tietoa palvelu- ja tietojärjestelmäintegraatioiden kansainvälisistä kokemuksista sekä arvioidaan Suomessa toteutettuja palveluintegraatiotoimenpiteitä. Lisäksi hankkeessa kiinnitetään huomiota myös uusien toimintatapojen ja liiketoiminnan kehittymismahdollisuuksiin. Integraatiota ei nähdä vain "uutena tilana", vaan välivaiheena ja ponnistusalueena kohti laadukkaita ja yhteentoimivia palveluja.

Tutkimuskirjallisuuden perusteella voidaan sanoa, että palveluintegraatio on erittäin laaja-alainen käsite, ja sellaiseksi se on tässä tutkimushankkeessa myös hahmotettu. Palveluintegraatio liittyy sosiaali- ja terveydenhuollossa tietojärjestelmiin, organisaatiokulttuuriin, johtamiseen, palvelukonsepteihin, palveluajatteluun, talouteen, laadukulttuuriin, ammatissa toimivien koulutusjärjestelmiin ja asiakas/potilas-ymmärrykseen. Merkille pantavaa todellakin on, ettei sosiaali- ja terveystalvuljen integraatiosta löydy teoreettisesti ja käsitteellisesti yksiselitteistä määritelmää, vaan käsite on sirpaloitunut ja kulttuurisesti sekä hallintojärjestelmäkohdaisesti määrittynyt. Lyhyesti ilmaisten tämän tutkimushankkeen perusideana on koota palveluintegraation ilmiöstä – koskien erityisesti sekä palveluja että asiakastietojärjestelmiä – tietoa systemaattisesti ja analyyttisesti pätevällä tavalla sekä kansainvälisestä että Suomen tilanteesta.

Tietojärjestelmien integraatiossa tässä tutkimus- ja selvityshankkeessa korostuu näkemys tietojärjestelmien roolista palvelujen järjestämisen ja tuottamisen resurssina sen sijaan, että tietojärjestelmäkysymyksiä tulkittaisiin teknisen integraationäkökulman lähtökohdista. Tällöin tarkastelun keskiöön nousee ajatus organisaatioista, niiden työntekijöistä ja asiakkaista tietojärjestelmien hyödyntäjinä. Valittu tarkastelun lähtökohta tarkoittaa, että tietojärjestelmäintegraation on edesautettava saumattomia palveluita: niitä on kyettävä tuottamaan laadukkaasti, vaikuttavasti ja taloudellisesti nimenomaan tietojärjestelmien mahdollistamina. Tietojärjestelmien kannalta ongelma ei siis ole tekninen, vaan liittyy olennaisena osana palvelutoiminnan tukemiseen. Palvelujärjestelmän uudistamisen näkökulmasta kyse on siitä, että tietojärjestelmiä kehitetään ja uudistetaan palvelukonseptien ehdoilla eikä toisinpäin.

Tutkimushankkeella selkiinnytetään edellä sanotun mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja tietojärjestelmäintegraatioon liittyviä merkityksiä ja käytäntöjä. Tutkimushankkeen tuloksena hahmottuu toivottavasti selkeämmin sosiaali- ja terveystalvulitikan palvelujärjestelmäudistusta seuraava "uusi tila" – tuottamalla käynnissä olevalle järjestelmäreformille tutkimustietoon perustuvaa evidenssipohjaa. Näin ollen myös tulevan kehittämisen kannalta sekä muutos että kehityssuunta voidaan todentaa ja validoida. Tutkimushankkeeseen sisältyvä ajatus on, että käynnissä olevan palvelujärjestelmäreformin yhteiskunnallinen vaikutus ja vaikuttavuus syntyvät tällöin toimenpiteiden tehokkaammasta arvioimisesta, ja siten päätöksenteon tukemisesta. Ymmärrys nykytilan ja tulevan tarpeen osalta edesauttaa hyvinvointi- ja terveystalvuluiden tehokkaan ja taloudellisen sekä kansalaisen kannalta saumattoman kokonaisuuden toteutumista.

Tutkimushanke kuuluu valtioneuvoston vuoden 2016 selvitys- ja tutkimustoimintasuunnitelmaan (Valtioneuvoston kanslia 2015) ja kuuluu painopistealueeseen 6. *Reformit*, kärkihankkeeseen 6.1 *Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus* ja teemaan 6.1.3 *Mitkä ovat sote-palveluiden ja asiakastietojärjestelmien integraation taloudelliset vaikutukset sekä vaikutukset palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen?* Tutkimuksen toteuttaja on Tampereen yliopiston johtamiskorkeakoulun tutkimusryhmä.

Tutkimushankkeen varsinaiset tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia on saatu kansainvälisen kirjallisuuden perusteella?
2. Millaista horisontaalista ja vertikaalista integraatiota on toteutettu Suomessa?
3. Mitä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia Suomessa on integraation avulla saatu aikaan?
4. Mitkä ovat toimivia tapoja ja hyviä käytäntöjä edistää integraatiota Suomessa?
5. Mitä on otettava huomioon sosiaali- ja terveystietojärjestelmän uudistamisen yhteydessä erityisesti potilaan ja asiakkaan asemaan liittyen oikeudellisesta näkökulmasta?

## 1.4 Loppuraportin rakenne

Loppuraportissa kutakin tutkimuskysymystä lähestytään sekä palvelu- että tietojärjestelmäintegraation näkökulmista. Toisessa luvussa esitellään käytetyt tutkimusmenetelmät: systemaattinen kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuskirjallisuudesta, asiantuntijoiden teemahaastattelut sekä muun aineiston analysointi.

Tutkimusaineistosta tehdyt havainnot kerrotaan luvussa kolme. Kullakin tutkimuskysymyksellä on oma kysymyksen numeroa vastaava alalukunsa (3.1 – 3.5). Luvun loppuun on koottu yhteenveto 21 keskeisestä havainnosta. Tutkimuksen 10 johtopäätöstä esitetään neljännessä luvussa, jonka jälkeen lopuksi viidennessä luvussa on koko tutkimuksen yhteenveto.

Tutkimushankkeen raportoinnin tiedonmuodostuksen logiikasta on syytä alleviivata havaintojen ja johtopäätösten välisiä eroja. Havainnoilla tarkoitetaan tässä yhteydessä esitettyjä tietoja kansainvälisestä tutkimuskirjallisuudesta ja haastateltujen/kuultujen asiantuntijoiden mielipiteitä. Neljännen luvun johtopäätöksistä ovat vastanneet tutkimushankkeen tutkijat. Johtopäätökset perustuvat loppuraportin kolmannessa luvussa raportoituihin havaintoihin.

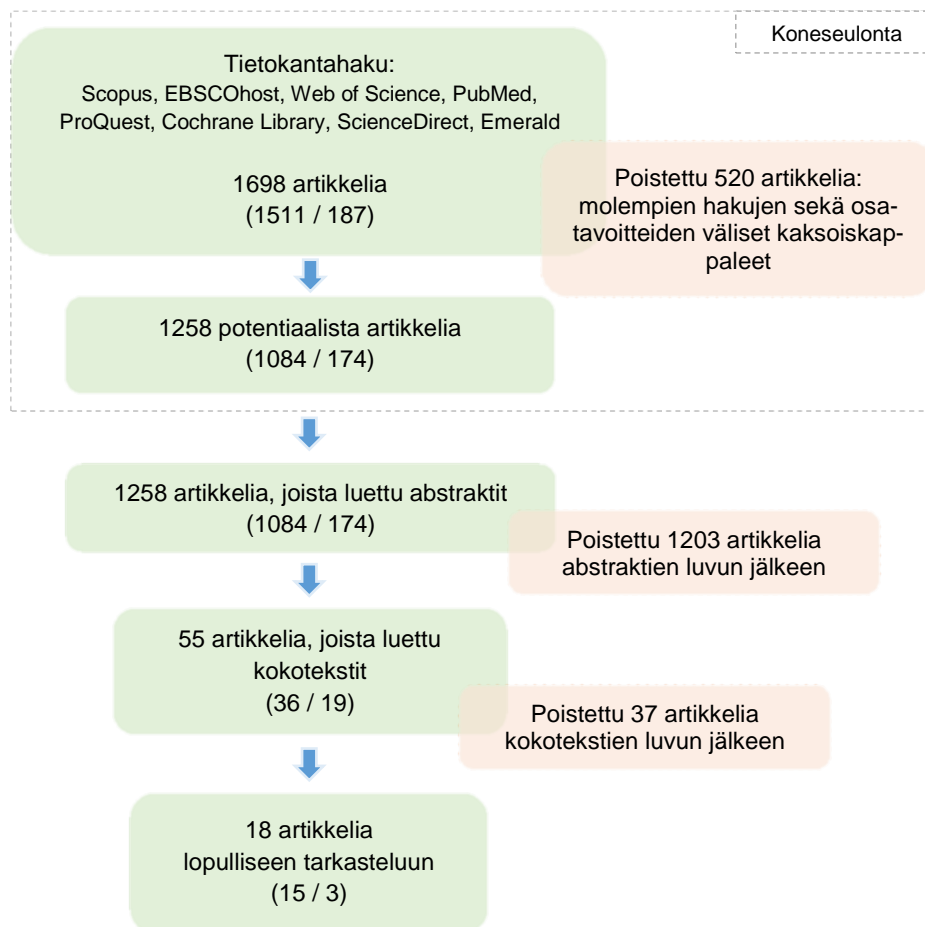
## 2. TUTKIMUSMENETELMÄT

### 2.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattisten kirjallisuuskatsausten avulla luodaan usein hyvinkin pirstaloituneesta tutkimuskohteesta kokonaiskuvaa, joka edesauttaa tiedon kumuloitumista ja hyödynnettävyyttä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on siis tavallaan meta-analyysi olemassa olevasta tutkimuskirjallisuudesta jotakin tutkittavaa ilmiötä tai kohdetta koskien. Kirjallisuuskatsauksen systemaattisuus on tässä suhteessa olennainen asia: se varmistaa ja validoi sovellettavat periaatteet ja menettelytavat, joilla aineisto on hankittu ja analysoitu. Näiden periaatteiden ja menettelytapojen avulla etsitään mahdollisimman kattavasti laadukasta tutkimusaineistoa valitusta aihepiiristä. Systemaattisen kirjallisuuskatsaus on siten järjestelmällinen, täsmällinen, läpinäkyvä ja toistettavissa oleva menetelmä. Sen avulla tunnistetaan, arvioidaan, tiivistetään ja syntetisoidaan aiemmin julkaistu tutkimusaineisto. (Esim. Fink 2005)

Tässä tutkimuksessa toteutetun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessi on havainnollistettu kuviossa 1 (suluissa olevat luvut kertovat artikkeleiden lukumäärän suhteessa palveluintegraatio / tietojärjestelmäintegraatio).

**Kuvio 1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus: aineistonkeruun vaiheet**



Kirjallisuuskatsauksen osalta tutkimustehtävänä selvitettiin, mitä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia palvelujen ja tietojärjestelmien integraatiolla on saatu kansainvälisen kirjallisu-

den perusteella sosiaali- ja terveydenhuollossa. Koska kyseessä on poikkitieteellinen aihe (tutkittavan ilmiön sijoittuminen useiden tieteenalojen, kuten esimerkiksi sosiaali-, terveys-, hallinto-, palvelu- kuin tietojärjestelmätieteiden, rajapinnoille), täsmentyi tutkimusstrategia aluksi niin, että tutkimustietoa haettiin tarkastelun kohteena olevasta aihepiiristä mahdollisimman kattavasti. Käytännössä tämä tarkoitti, että tutkimusaineiston keräämisessä tietokantavalikoima oli laaja. Näin ollen käytetyt tietokannat valittiin ensisijaisesti aihealueiden monitieteellisuuden (Scopus, EBSCOhost, ProQuest, Web of Science, Emerald, ScienceDirect) sekä potentiaalisen tieteellisen aineistokattavuuden perusteella. Lisäksi mukaan otettiin kaksi terveystieteen tietokantaa (PubMed ja Cochrane) tieteellisen kattavuuden varmistamiseksi.

Tutkimustehtävän perusteella muotoiltujen hakulausekkeiden avulla tietokannoista haettiin kattavasti tieteellisiä artikkeleita sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta (tarkempi kuvaus on liitteessä 1). Tutkimusaineistolle asetettiin kriteeriksi, että analyysin kohteeksi seulottavien artikkelien oli oltava vertaisarvioituja tieteellisiä tutkimuksia vuosilta 2005 – 2016.

Edellä mainituista kahdeksasta tietokannasta haettiin hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä aluksi kaikki mahdolliset aihepiiriin kuuluvat artikkelit: lopullisissa hakutuloksissa oli yhteensä 1258 artikkelia, joista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatiota käsitteli 1084 artikkelia ja sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäintegraatiota 174 artikkelia.

Seuraavassa vaiheessa luettiin kaikkien edellä mainittujen 1258 artikkelin yhteenvedot. Artikkeleista poistettiin suoraan ne, joissa kontekstina ei ollut OECD-maihin liittyvät palvelu- tai tietojärjestelmäintegraatiot. Lisäksi poistettiin artikkelit, jotka eivät kuuluneet tutkimuskysymyksen piiriin tai olivat yleisluonteisia artikkeleita ilman tämän tutkimuksen kannalta relevanttia tutkimustavoitetta. Jäljelle jääneistä 55 artikkelista<sup>4</sup> luettiin kokotekstit painottaen mahdollisia taloudellisia ja toiminnallisia vaikutuksia. Tietojärjestelmäintegraatioon liittyviä tutkimuksia jäi jäljelle vain kolme, joten niitä pyrittiin täydentämään tiedustelemalla aiheeseen sopivia artikkeleita tietojärjestelmien asiantuntijoilta; kuitenkin kriteerit täyttäviä tutkimuksia ei löytynyt lisää. Lopulta varsinaiseen aineistoon valittiin tarkoituksenmukaisuusperusteella kaikkiaan 18 artikkelia, joihin jäljempänä aluvuossa 3.1 esitettävät havainnot perustuvat.

Kirjallisuuskatsauksen aineistokokonaisuutta koskevana arviona voi esittää, että vaikka integraatiotematikkaa on tutkittu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa kohtalaisen paljon (kuten alkuperäinen noin 1300 artikkelin tutkimusaineistomassa antaa ymmärtää), olivat tutkimusartikkelit sängen usein luonteeltaan hyvin kuvailevia, ilman analyttistä tulkintaa integraation taloudellisista ja toiminnallisista vaikutuksista. Toisaalta kirjallisuuskatsauksen aineisto käsitteli integraation teemaa hyvin väljästi ja käsitteellisesti epätarkasti. Useissa artikkeleissa integraation teemaa lähestyttiin eri julkisten palvelujen tasojen näkökulmasta ja tarkastelut pitivät sisällään ennen muuta erilaisia horisontaalisen integraation muotoja. Kolmanneksi on syytä korostaa, että tietojärjestelmäintegraatiota sosiaali- ja terveyspalveluissa on tutkittu todella vähän. Se on yllättävää ottaen huomioon tietojärjestelmien kustannukset sosiaali- ja terveydenhuollossa, mutta toisaalta ymmärrettävää suunnittelutieteiden tutkimusperinteet tuntien (mm. tutkimusprosessien preskriptiivisyys, josta esim. Järvinen 2014).

## 2.2 Asiantuntijoiden teemahaastattelut

Tutkimushankkeessa haluttiin teemahaastatteluaineiston<sup>5</sup> avulla ensinnäkin luoda kokonaisvaltainen kuva palvelu- ja asiakastietojärjestelmän integraatiosta vuosituhannen vaihteen

<sup>4</sup> Palveluintegraatioon liittyi 36 artikkelia ja tietojärjestelmäintegraatioon 19 artikkelia.

<sup>5</sup> Teemahaastattelussa olennaisia ovat haastateltavien omat tulkinnat, käsitykset ja näkemykset.

jälkeen ja toisekseen kerätä ajatuksia käynnissä olevan sosiaali- ja terveystietojärjestelmän uudistamiseksi.

Lähtökohta asetti korkeita vaatimuksia haastateltavien valinnalle, koska heillä tuli olla näkemystä sekä palveluintegraatioon että asiakastietojärjestelmien integraatioon. Haastateltavien valintakriteerinä oli myös, että haastateltavat edustavat näkemystä sosiaali- ja terveystietojärjestelmän ja sitä koskevan palvelujärjestelmän eri tasoilta painopisteen ollessa palvelujärjestelmän suunnittelussa ja palvelujen johtamisessa. Haastateltavien valinnasta päätti tutkimusryhmä kuultuaan ensin sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita sekä sosiaali- ja terveystietojärjestelmän uudistamishankkeessa mukana olevien johtavien asiantuntijoiden mielipiteitä.

Haastatteluita tehtiin kolmessa tutkimuskysymyksessä (2,3 ja 5). Lisäksi haastatteluita hyödynnettiin myös neljännessä tutkimuskysymyksessä. Kaiken kaikkiaan haastateltiin 40 asiantuntijaa.

Kaikkia haastatteluita koskevat periaatteet ja tiedot:

- Teemahaastatteluja koskeva tutkimusaineisto käsiteltiin luottamuksellisesti ja anonyymisti. Myös raportoinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, etteivät haastateltavat ole mielipiteidensä kautta tunnistettavissa.
- Haastatteluja ei nauhoitettu, vaan haastattelija kirjasi itselleen muistiinpanot haastattelun aikana. Haastattelija kirjoitti haastatteluyhteenvedon muistiinpanojensa perusteella välittömästi haastattelun jälkeen.
- Haastattelujen kesto oli 30 minuutista 90 minuuttiin<sup>6</sup>.
- Haastateltujen henkilöiden koko nimilista löytyy tämän raportin liitteestä 2.

Alla esitellään kunkin tutkimustehtävän haastatteluiden kysymykset ja toteutus.

## **Tutkimuskysymys 2: Millaista horisontaalista ja vertikaalista integraatiota on toteutettu Suomessa?**

Teemahaastattelujen varsinaisiksi teemoiksi valittiin kolme näkökulmaa, jotka olivat esillä kaikissa haastatteluissa.

Haastateltavien käsityksiä ja tulkintoja pyydettiin seuraavista teemoista:

- Millainen on haastateltavan käsitys Suomen sosiaali- ja terveystietojärjestelmien vertikaalisesta ja horisontaalisesta integraatiosta viimeksi kuluneen noin 15 vuoden aikana?
- Millainen on haastateltavan käsitys sosiaali- ja terveystietojärjestelmien integraation onnistumiseen tai epäonnistumiseen liittyneistä tekijöistä?
- Mitä pääministeri Juha Sipilän hallituksen tulisi ottaa huomioon aiemmin tapahtuneesta nykyisessä sosiaali- ja terveystietojärjestelmän uudistuksessa?

Haastattelijoina tutkimuskysymyksessä 2 olivat Jari Smedberg, Petri Virtanen ja Pirkko Nykänen. Haastattelut toteutettiin touko–kesäkuussa 2016. Haastatteluyhteenvedoja käytettiin aineistona loppuraportin alaluvuissa 3.2 sekä 3.4.

Haastateltavaksi pyydettiin kaikkiaan 17 henkilöä, joista suostui 14 henkilöä. Kolmea haastatteluun kaavailtua ei lukuisista yrityksistä huolimatta tavoitettu. Haastateltavista kaksi kolmasosaa oli ensisijaisesti palveluintegraation ja kolmannes tietojärjestelmäintegraation asiantuntijoita eri organisaatiotasoilta.

<sup>6</sup> Kahdessa haastattelusta oli läsnä kaksi saman organisaation haastateltavaa, joilla oli asiantuntemus eri osa-alueilta. Yhdessä haastattelusta oli samalla kertaa kolme henkilöä samasta organisaatiosta. Nämä ratkaisut oli hyväksyttävissä, koska kyse ei ollut henkilökohtaisista tai arkaluonteisista asioista.

### **Tutkimuskysymys 3: Mitä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia Suomessa on integraation avulla saatu aikaan?**

Tutkimustehtävässä haastateltavina oli sekä kuntien edustajia (tapaustutkimus) että muita asiantuntijoita (laajempi näkökulma).

Tapaustutkimuksen kuntia olivat Hattula, Hollola, Hämeenlinna, Kuusamo, Salo, Tampere ja Turku sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin kuntayhtymä (Eksote). Kyseiset tutkimuskohteet on valittu sen vuoksi, että ne edustavat organisoitumis- ja järjestämistavaltaan erityyppisiä kuntayksiköitä ja organisaatioita. Niiden toiminnassa ovat merkittäväällä sijalla, julkisten palveluntuottajien rinnalla, yksityinen palvelutuotanto ja kolmannen sektorin järjestöt. Haastateltavia oli vähintään yksi kutakin tapausta kohden<sup>7</sup>. Kuntatapausten tekstit ovat tutkijoiden tulkintaa kerätystä aineistosta, eivät haastateltavien mielipiteitä. Haastateltaville annettiin mahdollisuus kommentoida omaa kuntaansa koskevaa tekstiä. Kuntien edustajien haastattelut hyödynnettiin alaluvuissa 3.3 ja 3.4. Liitteessä 3 on esitetty kaikki kahdeksan kuntatapausta

Kuntien edustajien haastatteluiden teemat olivat:

- Miksi ja millaisilla periaatteilla kunnassasi on toteutettu sosiaali- ja terveyspalvelujen palveluintegraatiota viimeksi kuluneen noin kymmenen vuoden aikana? (Palveluintegraation motiivit ja periaatteet).
- Mihin palveluihin kunnassasi palveluintegraation ideaa on ensisijaisesti kohdennettu viimeksi kuluneen noin kymmenen vuoden aikana? (Palveluintegraation kohdentuminen).
- Mitä palveluintegraatiolla on saatu aikaan kunnassasi tähän mennessä? (Palveluintegraation vaikutukset).
- Miten kunnassasi on palveluintegraation näkökulmasta valmistauduttu viime vuosina tulevaan sote-uudistukseen? (Sote-uudistukseen valmistautuminen palveluintegraation keinoin).

Lisäksi haastateltiin muita palveluintegraation asiantuntijoita (5 henkilöä) sekä tietojärjestelmäintegraation asiantuntijoita (7 henkilöä). Edellä mainittuja teemoja varioitiin näissä haastatteluissa koskemaan joko yleisemmin kuntakenttää tai tietojärjestelmäintegraatiota (kunnassa ja/tai laajemmilla alueilla).

Kaiken kaikkiaan tässä tutkimustehtävässä oli 21 haastateltavaa. Haastateltaviksi pyydetystä kolme henkilöä ei ilmaissut halukkuuttaan tai haluttomuuttaan yrityksistä huolimatta. Haastattelijoina olivat Jari Smedberg ja Petri Virtanen. Haastattelu tehtiin syys–marraskuussa 2016.

### **Tutkimuskysymys 5: Mitä on otettava huomioon sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamisen yhteydessä erityisesti potilaan ja asiakkaan asemaan liittyen oikeudellisesta näkökulmasta?**

Asiantuntijoina haastateltiin viittä oikeudellisiin kysymyksiin perehtynyttä henkilöä. Haastattelujen teemana oli asiakkaiden ja potilaiden kannalta ratkaisua vaativat seikat oikeudellisesta näkökulmasta. Haastattelut teki marraskuussa 2016 Jari Smedberg.

<sup>7</sup> Yhdessä tapauksissa jouduimme täydentämään haastattelua toisella haastateltavalla. Tuolloin kyse oli tutkimusryhmän haastateltavien valinnoista johtuva väärinymmärrys haastateltavan työtehtävistä. Kaikki haastateltavat olivat kuitenkin tutkimustehtävän kannalta hyödyllisiä.

## 2.3 Muu aineisto

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä (mitä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia Suomessa on integraation avulla saatu aikaan?) käytettiin tapauskuntien tietojen keräämisessä kyseisen kunnan tilinpäätöstietoja vuosilta 2010 ja 2015.

Viidennessä tutkimustehtävässä (alaluku 3.5) analyysissä hyödynnettiin sosiaali- ja terveyspalvelujen ja tietojärjestelmien integraatioon liittyviä lakeja, hallituksen esityksiä ja muita juridisia ohjausasiakirjoja.

Tutkimusraportissa on myös hyödynnetty laaja-alaisesti tutkimustematiikkaan liittyvää tutkimuskirjallisuutta. Tutkimuskirjallisuus on listattu tutkimusraportin lopussa olevassa kirjallisuusluettelossa.



### 3. TUTKIMUSAINEISTOSTA TEHDYT HAVAINNOT

#### 3.1 Miten maailmalla on tutkittu integraatiota palveluissa ja tietojärjestelmissä?

##### Aineistokokonaisuus

Tutkimusaineistona yksityiskohtaisessa tarkastelussa oli 18 tieteellistä artikkelia, joista 15 käsitteli palveluintegraatiota ja 3 tietojärjestelmäintegraatiota. Artikkeleista valtaosa oli kuluvalta vuosikymmeneltä ja kolmannes oli kirjoitettu pohjoismaisten tekijöiden toimesta. Suuri osa artikkeleista käsitteli horisontaalista integraatiota, mikä johtui osittain aineistohaun painotuksesta. Joka tapauksessa vertikaalisen palveluintegraation tutkimukset olivat palveluintegraatiota koskevassa tutkimusaineistossa vähemmistönä. Selkeästi vertikaalista integraatiota käsitteleviä artikkeleita oli palveluintegraatiota koskevasta artikkeliaineistosta vain viidennes. Taulukossa 1 on yhteenvetokuvaus artikkeleista.

**Taulukko 1. Yhteenvedo artikkelien integraatiotyypistä ja integraation kohteesta**

Tutkimus	Integraatiotyyppi	Integraation kohde	Tutkimuskohde
Ahgren (2010)	vertikaalinen	palvelu	Kirjallisuuskatsaus Ruotsin integroidun hoidon kehityksestä ja tasosta.
Baillie, Gallini, Corser, Elworthy, Scotcher & Barrand (2014)	vertikaalinen	palvelu	Heikkokuntoisten vanhusten palvelut ja potilassiirrot Englannissa.
Calciolari & Ilcinca (2011)	vertikaalinen	palvelu	Kirjallisuuskatsaus kontekstuaalisista, kulttuuri- ja organisatorisista menestystekijöistä.
Cameron, Bostock & Lart (2014)	horisontaalinen	palvelu	Kirjallisuuskatsaus sos.- ja terveyspalveluiden asiakkaiden ja ammattilaisten kokemuksista.
Dunér, Blomberg & Hasson (2011)	hor. / ver.	palvelu	Ruotsalainen vanhustenhuoltojärjestelmä organisaatiokontekstissa.
Fischbacher-Smith (2015)	horisontaalinen	palvelu	Tapaustutkimus johtamishaasteista ja muutoksenhallinnasta Skotlannissa.
Fisher & Elnitsky (2012)	horisontaalinen	palvelu	Kirjallisuuskatsaus erilaisista palveluintegraation lähestymistavoista.
Gray & Birrell (2016)	hor. / ver.	palvelu	Integraation käyttöönottokokemuksia Englannissa, Skotlannissa ja Walesissa.
Hansson, Øvretveit & Brommels (2012)	horisontaalinen	palvelu	Tapaustutkimus Södertäljen mielenterveys- ja sosiaalipalvelujen integraation toteutuksesta.
Holum (2012)	horisontaalinen	palvelu	Norjalaisen integroidun hoitomallin toteutuksesta mielenterveyspalveluissa.
King, O'Donnell, Boddy, Smith, Heaney & Mair (2012)	horisontaalinen	tietojärjestelmä	Sähköisen palvelun rajoitteet sosiaali- ja terveydenhuollossa.
Mur-Veeman, van Raak & Paulus (2008)	horisontaalinen	palvelu	Kuuden valtion (Suomi, Ruotsi, Itävalta, Espanja, Hollanti ja Englanti) välinen vertailu integraatiopolitiikasta.
Nguyen, Chan, Makam, Stieglitz & Amarasingham (2015)	horisontaalinen	tietojärjestelmä	Palveluntuottajien teemahaastattelut potilastietojen vaihtohankkeessa Teksasissa, USA:ssa.
Norman & Axelsson (2007)	horisontaalinen	palvelu	Tapaustutkimus Göteborgista kuntoutusasiakkaiden palveluintegraatiosta.
Sandström, Axelsson & Stålsby (2005)	horisontaalinen	palvelu	Tapaustutkimus Keski-Ruotsista, organisaatioiden välinen yhteistyö kuntoutusasiakkaisiin liittyen.
Stroetmann (2012)	hor. / ver.	tietojärjestelmä	Tietojärjestelmäintegraation ammatilliset ja yksiköiden väliset vastuurakenteet.
Visse, Widdershoven & Abma (2012)	horisontaalinen	palvelu	Hollantilaisten moniongelmaisten kanssa työskentelevien oppimisprosessit.
Øvretveit, Hansson & Brommels (2010)	horisontaalinen	palvelu	Sos.- ja terveydenhuollon integraatiojärjestelmän luominen Norrtäljessä.

## Palveluintegraatio

### Yleiskatsaus tutkimusaineistoon

Tutkimusaineiston perusteella voidaan sanoa, että palveluintegraatiosta etsitään apua sosiaali- ja terveydenhuoltoon vaivaaviin eri tasojen monimutkaisiin ongelmiin ja tekijöihin, kuten:

- teknologinen kehitys
- taloudellisten resurssien niukkuus
- epidemiologiset ja demografiset trendit
- julkisten palvelujen korkeat kustannukset ja tehottomuus
- sosiaali- ja terveyspalvelujen heikko laatu ja hoidon jatkuvuuden puutteet
- palvelujen päällekkäisyydet ja toiminnalliset ristiriitaisuudet
- asiakas- ja potilasprosessien toimimattomuus (esimerkiksi asiakkaiden huono siirrettävyys palveluntuottajalta toiselle)
- sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioiden keskinäinen kilpailu ja osaoptimointi
- asiakkaiden tyytymättömyys
- palvelujen saatavuuden ongelmat sekä rajoitettu hoitoon pääsy ilmiönä sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Käytännössä useat mainituista teemoista muodostavat yhdessä monimutkaisen vyyhden, joilla on taloudellisia, poliittisia ja sosiaalisia seurauksia sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiselle ja tuottamiselle. On usein hyvin vaikea sanoa, mikä tekijöistä on syy ja mikä taas mainitun syyn kausaalinen seuraus tai vaikutus.

Tutkimuskirjallisuuden valossa sosiaali- ja terveydenhuolto kohtaa käytännössä koko ajan samankaltaisia palvelujen käyttäjien ongelmia. Tutkimusaineistosta käy ilmi, että sairauksien aiheuttamat terveysongelmat näyttäytyvät palvelutarpeena, jossa palvelujen fokus on selvästi siirtynyt akuuttihoidosta pitkäaikais- ja monisairauksien hoitoon. Tästä on seurannut ilmeinen tarve erillisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saumattomalle integraatiolle. Toisaalta voidaan sanoa, että palveluja koskeva kritiikki on moninapaistunut: kritiikkiä tulee poliittisilta päätöksentekijöiltä, julkisuuden välityksellä mutta myös palvelujen käyttäjiltä. Palvelujen käyttäjiltä, ja laajemmin ajatellen kansalaisilta, tulee kritiikkiä, joka tiivistyy puutteiden ja ongelmien havaitsemiseksi hyvinvointiammattilaisten toiminnassa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Tutkimuskirjallisuuden perusteella palvelujen huono koordinointi – ja ennen muuta johtaminen – dominoivat palvelujen tuottamisen kaikilla tasoilla. Erään tutkimusnäytteen mukaan palveluiden sektoreiden, organisaatioiden ja ammattilaisten välillä ei ole pelkkä raja-aita vaan vaikeasti ylitettävä ”Berliinin muuri”.

Kokonaisuutta arvioitaessa kirjallisuuskatsauksen myötä syntyneestä tutkimusaineistosta paikantuu useissa tapauksissa Iso-Britannia, Norja ja erityisesti Ruotsi. Ruotsin osalta voidaan todeta, että siellä sosiaali- ja terveyspalvelujen integroimiseen on herätty muun muassa paitsi palvelutuotannon ongelmien myös työhyvinvointikysymysten vuoksi (varhainen eläköityminen ja lisääntyneiden työpoissaolojen heijastuminen pitkäaikaissairauksina). Palvelutuotannon ongelmien alueelta erittäin merkittävänä syynä palveluintegraatiotoimenpiteisiin ryhtymisessä pidettiin toiminnallisen yhteistyön puutetta eri hyvinvointitoimijoiden ja -palvelujen välillä. Organisaatioiden välinen integraatio nähtiin keinona parantaa kuntoutusta erityisesti asiakkaiden monimutkaisten tarpeiden tyydyttämiseksi. Ruotsin kokemusten perusteella poliittiset päätöksentekijät vaikuttavat olevan melko vakuuttuneita siitä, että saumattomiin hoito- ja palveluketjuihin perustuva terveydenhuoltojärjestelmä varmistaa korkean laadun ja kustannusvaikuttavuuden. Näin ollen panostukset integroituun järjestelmään nähdään ensiarvoisina.

Taulukkoon 2 on tiivistetty tutkimusaineiston perusteella tehtyt havainnot palveluintegraation ongelmista ja riskeistä eri tasoilla; julkisen politiikan tasosta siirtyen päätöksentekoon organisaatitasolla ja edelleen paikalliselle palvelutoiminnan tasolle.

## Taulukko 2 Palveluintegraation ongelmat ja riskit julkisen politiikan eri tasoilla kirjallisuuskatsauksen valossa

Taso	Palveluintegraatioon liittyviä ongelmia ja riskejä
<p>Julkisen politiikan päätöksenteko, suunnittelu ja toimeenpano</p> <p>(makro)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hyvinvointipalveluja koskevat ristiriidat lainsäädännössä (työnjako, toimivaltuudet, rahoitus, toimeenpano, tuloraportointi) ovat palveluintegraation merkittävä rakenteellinen este.</li> <li>Julkisella hallinnolla on usein puutteellinen kapasiteetti toimeenpanna systeemitasoisia reformeja systemaattisesti ja johdonmukaisesti.</li> <li>Julkisen politiikan tavoitteiden ja reformien käytännön toteutuksen välillä on usein sovittamattomia ja ylipääsemättömiä ristiriitoja. Tämä on näkynyt erityisesti erilaisina toimeenpano-ongelmina, reformien tavoitteiden saavuttamatta jäämisenä ja ylivarovaisuutena riskien ottamisessa reformiohjelmien toimeenpanossa.</li> <li>Systeemitasoisia sosiaali- ja terveydenhuollon reformeja koordinoidaan ja johdetaan usein varsin huonosti, mikä on tuonut mukanaan reformitasolla aikataulujen pettämistä ja palvelujen tasolla huonoa asiakaspalautetta ja jopa erilaisia vaaratilanteita potilaille.</li> </ul>
<p>Julkisen politiikan organisaatiohallinnon eri tasoilla</p> <p>(meso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sosiaali- ja terveyspalvelujen reformeissa onnistuminen edellyttää yhteisiä päätöksiä ja sopimuksia eri organisaatioiden välillä läpi koko sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmäkokonaisuuden, koska kaikkia integraation tavoitteita ja käytännön toteutusta ei voi ohjata perinteisillä julkisen politiikan politiikkainstrumenteilla (lainsäädäntö, informaatio-ohjaus, resurssiohjaus). Tällaiset sopimuskohteet liittyvät esimerkiksi organisaatioiden työnjakoon, kumppanuuksiin, yhteistoimintaan ja resurssien yhteiskäyttöön.</li> <li>Palvelujärjestelmää koskevien reformien toimeenpanon ongelmat ja riskit ovat liittyneet yleisesti siihen, että uudistusten edellyttämästä yhteistyöstä ei ole muodollisesti eikä asiallisesti sovittu. Tämä on johtanut palveluorganisaatioiden keskinäiseen kilpailuun ja osapäämointiin, erityisesti Ruotsissa näyttää näin käyneen.</li> <li>Palvelujärjestelmäreformien edellyttävät toimintaprosessit ovat usein monimutkaisia ja niitä johdetaan huonosti. Erityisenä puutteena on nähtävä muutosjohtamisen käytäntöjen puuttuminen.</li> </ul>
<p>Paikallinen palvelutuotannon taso</p> <p>(mikro)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Merkittävänä riskinä näyttäytyvät sosiaali- ja terveydenhuollossa hyvinvointiammattilaisten professioiden erilaiset ammatilliset tietopohjat, käytännön toimintamallit ja ammatilliset arvot, millä on suuri vaikutus siihen, miten integraatiossa onnistutaan – tai epäonnistutaan.</li> <li>Paikallisella tasolla toimittaessa yhteistyö eri organisaatioiden, palveluntuottajien ja ammattiryhmien välillä koetaan usein ongelmalliseksi johtuen paitsi erilaisista toimintakäytännöistä, mutta myös organisaatiokulttuureihin perustuen. Vanhaan takertuvat organisaatiokulttuurit voivat tehokkaasti estää muutosprosessien toteuttamista.</li> <li>Saumattomasti toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon integroitujen palveluprosessien suunnittelu on paljon helpompaa kuin niiden toteuttaminen käytännössä. Prosessissa onnistuminen edellyttää merkittävää osaamista projektihallinnasta ja henkilöstöjohtamisen kysymyksistä. Nämä taidot eivät ole itsestään selvyyksiä.</li> <li>Palvelujen tasolla integraation riskinä on heikko kommunikaatio sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja palvelujen käyttäjien välillä. Riskiryhmässä ovat tällöin erityisesti moniongelmaiset palvelujen käyttäjät, joiden hoito redusoituu helposti "yhden ongelman hoitamiseksi", mikä jättää asiakaslähtöisen tarveanalyysin ja palvelutarpeiden tyydyttämisen puolitehen, jos siihenkään. Mainittu ongelma heikentää realisoituessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen hoidon tehokkuutta ja toimenpiteiden asiakas- ja potilasvaikutusta olennaisesti.</li> <li>Osa paikallistason palveluintegraation riskeistä liittyy puutteelliseen työnjakoon asiakas- ja potilasohjauksessa. Kun vastuuta ei oteta tai siitä ei päästä yksimielisyyteen esimerkiksi eri palveluntuottajien välillä on suurena vaarana, että osa palvelujen käyttäjistä jää liian vähälle huomiolle palvelutarpeeseensa nähden tai jopa "oman onnensa nojaan". Erityisenä riskiryhmänä tässä suhteessa ovat paljon palveluja käyttävät asiakkaat ja potilaat.</li> </ul>

Tutkimusaineiston perusteella voidaan lopuksi yleisinä havaintoina nostaa esille seuraavat seikat. Sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvän palveluintegraatiota koskeva kirjallisuus on käsitteellisesti ja teoreettisesti hyvin hajanaista. Näin ollen ei ole suuri yllätys, että tässä tutkimuksessa käytetyn tutkimusaineiston perusteella on todella vaikea löytää edes yleisellä tasolla viitteitä palveluintegraation menestystekijöistä ja sitä hidastavista tekijöistä. Toinen yleinen havainto liittyy siihen, että puhtaasti julkisiin palveluihin liittyvää integraatiotutkimusta on olemassa loppujen lopuksi melko niukasti. Palveluintegraatiotutkimus on kohdistunut palveluekosysteemin tasolla erilaisiin palvelun tuottajiin niin julkiselta, yksityiseltä kuin kolmanneltakin sektorilta.

### **Tutkimusaineiston yksityiskohtainen tarkastelu**

Artikkelien yksityiskohtaisessa tarkastelussa esitellään palveluintegraation konteksti, tarkeitus ja vaikutukset kustakin tutkimuksesta. Käsittelyjärjestys on vanhimmasta artikkelista uusimpaan.

Sandström, Axelsson ja Stålsby (2005) tutkivat Keski-Ruotsissa toteutettua kuntoutusprojektiä, jossa osallisina oli useita tahoja (mm. sosiaalivakuutus, sosiaalitoimisto, terveydenhuolto, työllisyyspalvelu). Ongelman aiheuttivat pitkäaikaissairauksien vuoksi kasvaneet työpoissaolot. Organisaatioiden välinen integraatio nähtiin keinona parantaa kuntoutusta, erityisesti asiakkaiden monimutkaisten tarpeiden tyydyttämistä. Tarkoituksena oli saavuttaa syvempää tietoa kuntoutusprojektin tavoitteiden vaihtelusta ohjausryhmän jäsenten kesken sekä heidän näkemystensä kartoittaminen liittyen projektiin sitoutumiseen ja sen johtamiseen. Vaikutuksia palveluihin oli projektissa vaikea todeta, koska projektin ohjausryhmällä oli vielä vuoden työskentelyn jälkeenkin erilaiset näkemykset pitkänajan tavoitteista. Vaikka tavoite alun perin liittyi horisontaaliseen integrointiin, niin osalliset – projektiryhmä, rahoittajat, palvelujen käyttäjät – odottivat projektista erilaisia tuloksia. Joidenkin mielessä oli uuden organisaation perustaminen, kun jotkut taas odottivat uudenlaista kumppanuutta, joilla olisi voitu paremmin torjua syrjäytymistä ja erilaisia yksilön psykofyysisiä ongelmia.

Kuntoutukseen liittyi myös Normanin ja Axelssonin (2007) tutkimus Ruotsin Göteborgissa. Ongelmana oli kuntoutusasiakkaiden varhainen eläköityminen. Sen yhtenä syynä pidettiin yhteistyön puutetta eri hyvinvointitoimijoiden välillä (horisontaalisen integraation tarve). Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ja analysoida yhteistyötä eri toimistojen välillä. Vaikutuksista korostuu luottamuksen luomisen vaikeus. Kuntoutuspalveluja tarjoavien toimistojen välisen yhteistyön luominen oli pitkä ja vaikea prosessi. Prosessi noudatti tuttua kuviota ryhmäytymisistä (forming–storming–norming–performing). Helpottavia tekijöistä tärkein oli se, että työntekijät oppivat toisistaan ja toimistoistaan. Työntekijöiden henkilökohtainen motivaatio kasvoi lopulta sitoutumiseksi; haluttiin tehdä jotain hyvää ja luovaa ja siksi oltiin valmiita kokeilemaan uusia keinoja nimenomaan asiakkaan hyväksi. Yhteistyöllä saavutettiin positiivisia kuntoutusvaikutuksia, mutta päävaikutus liittyi työntekijöiden yhteistyöhön yli organisaatorajojen. Integraatio voi olla tehokas strategia hyvinvointipalvelujen tuottamisessa mutta se vaatii paljon organisaatio- ja työntekijätasolta. Näkökohta on merkittävä palvelujen johtamisen kannalta ja siihen on tämän tutkimuksen perusteella kiinnitettävä aivan erityistä huomiota.

Mur-Veeman, van Raak ja Paulus (2008) vertailivat kuuden maan – Suomi, Ruotsi, Itävalta, Espanja, Hollanti ja Englanti – tilannetta terveydenhuollossa. Tutkimuksesta käy ilmi, että sosiaali- ja terveydenhuolto kohtaa eri maissa täsmälleen samankaltaisia ongelmia: sairauksien aiheuttama taakka on siirtynyt akuutista hoidosta pitkäaikais- ja monisairauksien hoitoon. Tästä seuraa ilmeinen tarve eri alojen integraatiolle. Tutkimuksesta käy ilmi terveydenhuoltoorganisaatioiden huono keskinäisen työnjaon koordinointi, mikä eri toiminnallisilla tasoilla pahentaa entisestään organisaatioiden, sektoreiden ja ammattilaisten jakolinjaa sekä edelleen vaikeuttaa potilasprosessien ja palveluketjujen saumattomuutta. Tutkimuksessa selvitet-

tiin, edistääkö integraatiopolitiikka integraatiota hoidossa, kuinka politiikka vaikuttaa osapuolten toimintaan ja kuinka osapuolten toimet vaikuttavat politiikkaan. Kokemukset Suomesta, Ruotsista, Hollannista ja Englannista osoittavat, että lainsäädäntö, taloudelliset kannustimet ja muut edistävät toimenpiteet kannustavat ja tukevat palveluntarjoajia perustamaan integroivan hoidon järjestelyjä. Espanjassa ja Itävallassa vastaavaan politiikkaa ei ole, ja integraatio laahaa jälkijunassa. Vaikka poliittinen tahto on tarpeellista onnistuneessa integraatiossa, niin se ei ole yksinään riittävä. Esteitä ovat politiikan hajanaisuuden lisäksi organisaatioiden, sektoreiden ja ammattien väliset rajat, jotka näkyvät muun muassa kommunikaation ja koordinaation vajavaisuutena. Integraation toteuttaminen ja kehittäminen on näin ollen työläs prosessi ylitettävien esteiden. Opetuksena poliittisille päätöksentekijöille ja hallinnolle tutkijat mainitsevat muun muassa politiikan aktiivisen muotoilun ja kannustavan integraation kehittämisen sekä politiikan rajoittamisen ja fokuoimisen toiminnallisesti rajattuihin palveluihin, jolloin voitaisiin vähentää paikallisen palvelujärjestelmän kompleksisuutta ja hallita hajanaisuutta.

Ahgrenin (2010) kirjallisuuskatsauksen johdannossa todettiin, että Ruotsissa politiikan kentän toimijat ovat pääsääntöisesti hyvin vakuuttuneita panostuksen tarpeesta integroituun järjestelmään: poliittisessa keskustelussa nousee esille, että integraatio sosiaali- ja terveyspalveluissa varmistaa sekä korkean laadun että kustannusvaikuttavuuden terveydenhuollossa. Tutkimuksen tavoitteena oli selventää integroidun hoidon käsitettä sekä kehityksen tasoa ja keskinäisiä riippuvuuksia Ruotsissa. Tärkein syy hoitoketjujen kehittämisessä on hoidon laadun parantaminen. Huolimatta korkeasta prioriteetista ja vuosien kokemuksesta, hoitoketjujen kehitys on ollut hidasta. Valtaosa (70 %) maakunnista piti hoitoketjujen kehitystä ja toteutusta epäonnistuneena. Hierarkkiset vastuurakenteet (ammattilliset ja yksiköiden väliset) nähtiin onnistumisen esteenä. Onnistuminen sitä vastoin edellyttää ammatillista omistautumista sekä luottamusta toimijoiden välillä. Myöskään ammatilliset ja organisatoriset arvoja ei voi jättää huomioimatta.

Øvretveit, Hansson ja Brommels (2010) kuvaavat sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota ja järjestelmän luomista Ruotsin Norrtäljessä: integroidun järjestelmän tietoperustan poikkeamista vanhasta, estäviä ja edistäviä toimenpiteitä sekä organisaation ja sen kontekstin muuttumista. Tutkijoiden mukaan erityisesti mikrotason muutokset ovat vaikeita: ammattikulttuuriset esteet, työn rajojen ja autonomian suojele (mukaan lukien ammatillinen identiteetti, asema, harkintavalta ja vastuu). Kannustimet olivat vähäisiä. Muutoksen keskeiseksi perusteeksi koettiin paikallisen sairaalan sulkemisen estäminen. Motiivina oli myös huoli siitä, miten suhteellisesti ja määrällisesti lisääntyvälle ikäihmisten ryhmälle tarjotaan parhaiten asianmukaista hoivaa. Selkeä taloudellista kannustinta ei ollut. Sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon hallinnot aliarvioivat panostuksen tarvetta. Makrotason integroinnin jälkeen toiminnan tasolla koordinoituihin projekteihin ei varattu riittävästi aikaa ja muita resursseja. Opetuksena poliittisille päätöksentekijöille tutkijat korostivat huomioimaan sekä makro- että mikrotason integraation organisointia. Tuolloin samanaikainen integrointi molemmilla tasoilla voi johtaa nopeampiin hyötyihin asiakkaan kannalta. Tapa vaatii kuitenkin hallinnon kapasiteettia, jolloin erityisesti tietojärjestelmien merkitys muutoksen nopeuttajana, tukijana sekä muutosprosesseja koskevan tiedon mahdollistajana on olennainen.

Calciolarin ja Ilincan (2011) mukaan aihetta käsittelevä teoreettinen kirjallisuus on hajanaista: tiedon yleinen puute menestystekijöistä haittaa integraation etenemistä. Laajassa kirjallisuuskatsauksessaan he pyrkivät tunnistamaan menestyksekkään palveluintegraation kontekstuaaliset, kulttuuriset ja organisaatioon liittyvät tekijät ja ympäristöolosuhteet. Palveluintegraation positiiviset tulokset riippuvat tasapainoisesta makro- ja mikrotason tekijöiden sekoituksesta, eivät niinkään intensiivisen huomion kiinnittämistä yksittäisiin muutosprosessin ”muutoksen ajuriin” (esim. integraatioon liittyvät kannustimet). Yhteisten menestystekijöiden löytämi-

nen on vaikeaa heterogeenisissä integraatoratkaisuissa. Erottelevia elementtejä on niin konteksteissa, välitavoitteissa kuin integraatiopoluissakin. Yhdistäviä tekijöitä voi löytyä eri vertikaalisten tarkastelutason (makro, meso, mikro) väliltä, mutta erityisesti mikrotasolla yhdenmukaisuus muutosprosessien välillä on suurin. Onnistuneen tuloksen resepti löytyy operatiivisten tarkoitusten sekä kontekstuaalisen, kulttuurisen ja organisatoristen tekijöiden yhdistelmästä.

Fisher ja Elnitskyn (2012) keskittyivät kirjallisuuskatsauksessa erilaisiin palveluintegraation lähestymistapoihin, perussyihin niiden taustalla sekä lähestymistapojen menestyksiin ja epäonnistumisiin. Tutkimuksen kiinnostuksen kohde oli horisontaalisessa integraatiossa (sosiaalihuolto – terveydenhuolto, terveydenhuolto – mielenterveyspalvelut, sosiaalipalvelumuoto x – sosiaalipalvelumuoto y). Tavoitteena oli jäljittää erilaisia määritelmiä ja käsitteen käyttöä, selittää integraation perussyitä, kuvailla kuinka käsitettä on hyödynnetty teoreettisesti ja käytännöllisesti palveluintegraatiomalleissa, tarkastella palveluintegraatiota helpottavista ja vaikuttavista tekijöistä sekä informoida tulevan integraatiokehityksen ja -politiikan näkökulmista. Selkeitä etuja kustannusten välttämistä on vaikea esittää. Tältä osin tutkimustulokset ovat yhdenmukaisia edellä esitellyn Calciolarin ja Ilinan (2011) tutkimustulosten kanssa.

Dunér, Blomberg ja Hasson (2011) kuvailevat ja analysoivat Ruotsin vanhustenhuollon järjestelmää kompleksisessa organisaatiokontekstissa: kuinka eri organisaatiotasojen toimijat ymmärtävän integraatiomallin, mitä sitoumuksia he ilmaisevat ja kuinka he kokevat kyvykkyytensä saattaa malli käytäntöön. Tulosten mukaan organisaatioilla oli eri traditioita ja ymmärrys projektityöstä. Täten toimijoiden roolit pitäisi määritellä selkeästi. Palveluintegrointimallin yleisen tarkoituksen ymmärtäminen ja kyky jalostaa ymmärrys toiminnaksi korostui operatiivisen henkilöstön haastateltavilla. Sekä ammattilaisten että eri organisaatioiden olisi nähtävä kokonaisuus myös oman organisaationsa ja ammattinsa kautta pelkän yhteisen tavoitteen lisäksi. Toimivan mallin kannalta on tärkeää, että henkilöstölle on varattu riittävästi aikaa ja materiaalisia resursseja suorittaa tehtävänsä kunnolla. Ensiarvoisen tärkeää on sitoutuminen muutokseen ja muutosprosessin johtaminen. Vaarana on, että kehittämistoiminta marginalisoituu uusien kilpailevien ideoiden vuoksi.

Holum (2012) käsitteli artikkelissaan Norjan integroitua hoitomallia (niin sanottu Individual Plan -palvelukonsepti) ja toteutusta mielenterveyspalveluissa. Integroidun hoidon kehittäminen on haaste mutta täytäntöönpanon toimivuus sitäkin suurempi. Viranomaiset eivät ole toteuttaneet ja arvioineet mallia systemaattisesti. Näin ollen Holum tutki ja kuvasi seikkoja, jotka estivät ja edistivät mallin käyttöönottoa osana laajempaa tutkimuskokonaisuutta. Organisaatioon liittyviä yleisiä haasteita olivat: liiallinen hallinto ja byrokratia, puute resursseista, vallasta ja oikeuksista potilaiden suhteen, ajan puute sekä epäselvät vastuut. Organisaatiokulttuuriin liittyen tutkimuksessa korostui henkilöstön ominaisuudet (epävarmuus, vastustus jne.). Prosessitekijöistä nousi käytännön toteuttamisen strategiat, jolloin esimerkiksi malliin uskovat tahot myös toteuttivat sitä paremmin. Yksilöllisistä tekijöistä korostuivat esimiesten samaistuminen malliin (usko työkaluun, positiiviset/negatiiviset kokemukset) sekä johtajuustyyli ja konteksti, jolloin malli voi olla vain otsikko organisaation kokouksissa tai valvonnan kohde (eli ajatus johtajasta tarkastajana) tai vaatia toimenpiteitä henkilöstön pitämisessä mukana prosessissa (ajatus johtajasta tukijana).

Hansson, Øvretveit ja Brommels (2012) tapaustudkimus käsitteli sitä, kuinka onnistuneesti palveluintegraation ajatus toteutettiin mielenterveys- ja sosiaalipalveluissa Ruotsin Södertäljessä. Tutkimuksessa kuvataan yhden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden muotoutuminen. Samalla tutkimuksessa arvioitiin sitä, kuinka järjestelyt vaikuttavat organisaatioihin ja tuloksiin asiakkaiden osalta. Vaikutuksista mainittavaa oli, että asiakkaiden itsearvioinnin mukaan koettu tyytyväisyys kasvoi kaikilla mitatuilla osa-alueilla eli päiväaikai-



sessä toimeliaisuudessa, oireiden osalta, raha-asioiden hoidossa, vuorovaikutuksessa perheen ja sukulaisten kanssa sekä huumeiden ja alkoholin käytön hallinnassa. Tutkimuksessa ei kuitenkaan pystytty yksiselitteisesti arvioimaan, mikä oli integraation ja mikä muiden kehitystoimenpiteiden vaikutus.

Visse, Widdershoven ja Abma (2012) lähestyivät palveluintegraatiota oppimisprosessin näkökulmasta. Prosessin osalta he selvittivät kuinka osalliset käsittelevät, määrittelevät vuorovaikutteisesti sekä uudelleen tulkitsevat tai määrittelevät vastuunsa. Vastuuta ei siis ymmärretty instrumentaalisesti viranomaisen toimesta, vaan neuvotteluina ja hyväksymisen käytänteinä. Jaettu ymmärrys ”kuka tekee mitä jollekin” ei ole vain tehtävien ja vastuiden jakoa, vaan myös sosiaalinen prosessi, missä ihmiset hyväksyvät, kieltäytyvät ja neuvottelevat uudelleen vastuutaan. Huoli on erityinen sosiaalialalla, missä rooleja suhteessa asiakkaisiin ja muihin asianosaisiin on useita. Tutkimuksen kontekstina olivat hollantilaiset moniongelmaiset yksilöt ja perheet. Instrumentaaliset ja rationalisoidut tavat ajatella vastuita voivat olla integroiduissa palveluissa haitallisia. Parantaakseen integroitua palvelua on osallistujien reflektoitava ja artikuloitava: keitä he ovat suhteessa muihin osallistujiin, mitä perusarvoja he jakavat ja mitä vastuita näistä aiheutuu. Laajassa palveluintegraatiossa pitäisi huomioida myös muutostarpeet ammattilaisten koulutuksessa.

Cameronin, Bostockin ja Lartin (2014) tutkimus on kirjallisuuskatsaus, jonka kontekstina ja tutkimuskohteena olivat sosiaali- ja terveydenhuollon aikuistyön käyttäjien ja ammattilaisten kokemukset. Tutkijoiden mielestä aihepiirin tutkimuksista ei saa selvää tietoa integraation tehokkuudesta: tutkimukset ovat pääasiassa kuvailevia. Osassa tutkimuksia ei ole määritelty tulostavoitteita tai niissä on raportoitu, etteivät tulokset liittyneet tehokkuuden arviointiin. Vertailevissa tutkimuksissakin oli vaikea arvioida juuri integraation vaikutusta, koska eri käytännön toimintamallien välillä on niin paljon erilaisuutta. Kustannustehokkuuden arviointi on myös vaikeaa: sitä koskeva tieto on keskeneräistä, osittain vanhentunutta ja näin ollen päätöksenteon kannalta melko käyttökeltontonta. Lähestymistapojen monimuotoisuus ei myöskään edistä arviointia, jolloin on vaikea vetää tiukkoja johtopäätöksiä eri tapojen kustannusvaikutuksista. Palvelujen tarve saattaa vähetä, mutta kustannukset eivät. Joitain merkkejä löytyi siitä, että täysin integroitu sosiaali- ja terveydenhuolto voi olla edullisempi. Vaikka täydellistä positiivista kuvaa ei saada, joitakin etuja on mahdollista realisoida. Palvelun käyttäjän ja ammattilaisen näkökulmat olivat tutkimuksessa esitellyssä tutkimuskirjallisuudessa harvinaisia. Silloinkin kun niitä oli käytetty, niin raportointi oli ollut rajoittunutta. Niissä ei esimerkiksi eritelty molempien tahojen tarpeita erikseen tai jos eriteltiin, niin esimerkiksi käyttäjissä etniset ryhmät olivat aliedustettuja. Asiakkaiden kokemukset palvelujen rakenteellisesta integraatiosta olivat yleensä positiivisia. He tunsivat kykenevänsä asettamaan hoidolle tavoitteita, olivat vähemmän rajoittuneita hoidon valinnassa ja paremmin informoituja lääkityksestä. Ammattilaisten näkökulmasta positiivisia vaikutuksia olivat muun muassa reagointikyky tarpeisiin, työskentely kumppanina ja siten luottamuksen kehittyminen avainhenkilöihin sekä parantunut kommunikointi toimistojen välillä, joka auttoi tulkitsemaan tietoa sekä navigoimaan monimutkaisessa ja osittain tuntemattomassakin ympäristössä.

Baillie, Gallini, Corser, Elworthy, Scotcher ja Barrand (2014) keskittyivät englantilaisiin heikkokuntoisiin vanhuksiin ja potilassiirtoihin vertikaalisessa terveydenhuollon integraatiossa. Oletuksena oli, että vertikaalinen palveluintegraatio helpottaa kommunikointia, ja näin ollen tarve olisi suuri myös sosiaalihuollon horisontaaliselle integraatiolle. Kuitenkin esteet kommunikoinnissa henkilökunnan tasolla säilyivät. Kunnallisen tason henkilöstö koki usein sairaalan olevan erillinen heidän palveluistaan. Säännöksiä ja roolin koetun ymmärtämättömyyden lisäksi ja koettiin, ettei sairaaloissa arvostettu potilaiden kotien olosuhteita. Ongelmana oli myös se, ettei monitieteisiä foorumeita perustettu, jolloin henkilöstöllä ei ollut mahdollisuutta keskinäisiin tapaamisiin. Näissä tapaamisissa olisi voitu parantaa luottamusta ja saavuttaa

ymmärrystä eri rooleista ja palveluista. Puutteita oli myös strategisessa sitoutumisesta potilaisiin ja perheisiin mutta myös käytännön tasolla kommunikaation vähäisyytenä. Hoitohenkilöstö koki puutteellista kontrollia (ja sitä kautta voimattomuutta) suhteessa siirtoihin: sairaala- paikkojen ja terveydenhuollon vuodeosastopaikkojen määrä oli tärkeämpi syy siirroissa kuin integroidun hoidon periaatteet. Kapasiteettiongelmista johtuen potilaat olivat siis pitempää akuutissa hoidossa kuin heille olisi ollut hyväksi. Potilaiden kanssa työskenneltiin normaalisti asianomaisissa yksiköissä, mutta mahdollisuuksia rakentaa ymmärrystä ja suhteita läpi koko järjestelmän oli vähän. Vaikka integroitu hoito tarjoaakin hallinnollisen rakenteen, niin se ei poista itsestään organisaatorajoja henkilöstön tasolla eikä mahdollista henkilöstöä toimimasta yhdessä potilaan parhaaksi.

Fischbacher-Smithin (2015) kolmivuotisessa tapaustutkimuksessa Skotlannissa selvitettiin johtamishaasteita ja muutoksenhallintaa integraatiossa yli sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajojen. Tavoitteena oli oppia epäonnistumisista tulevaisuuden kehityksen hyödyksi. Epäonnistumisen eräänä syynä korostettiin organisaatio- ja ammattikulttuurisia eroja. Toisaalta tutkija mainitsee syyn olevan sopiva leima tai maski muiden epäonnistumisien syiden peittelyyn. Päätöksenteon ja tilivelvollisuuden hajauttaminen ovat osa rakenteita ja prosesseja, jotka voidaan neuvotella ja muuttaa helposti. Niissä on kuitenkin otettava huomioon kulttuurien erot ja käyttäytymisen muutos kyseisen kulttuurin sisällä. Innovaatioiden osalta paikallistason esimiehet olivat motivoituneita mutta tunsivat rajoitettuja mahdollisuuksia tehdä toisin, koska valvontaa oli hajautettu (organisaatioiden väliset vastuut). Integraation potentiaali oli jätetty hyödyntämättä, sillä paikallistasolle ei annettu valtuuksia tehdä muutoksia palvelutuotannossa.

Gray ja Birrell (2016) seurasivat tutkimuksessaan palveluintegraation käyttöönotkokokemuksia Englannissa, Skotlannissa ja Walesissa saadakseen aineistoa ja hyviä käytäntöjä Pohjois-Irlannissa toteutettaviin integraatiokokeiluihin. Kyse oli kokonaisvaltaisesta (horisontaalisesta ja vertikaalisesta) integraatiosta. Integraatiomallissa on kyse siitä, että yhteistyössä päätetään palveluiden tarpeesta, suunnitellaan ne, varmistetaan palveluntarjoajat ja myöhemmin seurataan niiden toimintaa ja tuloksia. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella ongelmia ja vaikeuksia, jotka ovat nousseet toiminnassa ja käyttöönoton käytännöissä. Iso-Britanniassa ongelmat tiivistyivät neljään kokonaisuuteen. Ensimmäinen oli erillisistä organisaatioista aiheutuneet vaikeudet, jolloin monia seikkoja (kuten johtajuus) joudutaan määrittelemään uudelleen ottaen huomioon yhteistyö. Toinen liittyi kulttuurien ja arvojen erilaisuuteen; esimerkiksi sosiaalityössä oli pelko terveydenhuollon dominanssista, jolla oli lamaannuttava vaikutus sosiaalityön identiteettiin. Kolmas erilliseen rahoitusjärjestelmään, jota pidettiin budjettien yhdistämisen vaikeuden vuoksi merkittävänä esteenä. Neljäntenä oli kumppanuuteen fiksoituminen, jolloin kumppanuuspolitiikka ja menettelytapojen toimivuus johtivat taipumukseen nähdä ne päämääränä sinänsä. Yleisesti haittana oli tiedonpuute tuloksista.

## Tietojärjestelmäintegraatio

Vähäisestä tietojärjestelmäintegraation aineistosta voi yhteenvetona todeta, että huomiota on kiinnitettävä ensinnäkin kaikkiin sidosryhmiin ja toiseksi huomioitava sidosryhmien kulttuuriset tekijät.

### Tutkimusaineiston yksityiskohtainen tarkastelu

Stroetmann (2012) keskittyy älykkään terveydenhuollon ja hyvinvoinnin käsitteelliseen tarkasteluun ja siihen, miten ICT voisi mahdollistaa sitä. Kehitys vaatii panoksensa niin poliittisen tasolta kuin uusina hallinnollisina malleina. Rajallisten resurssien vuoksi olisi priorisoitava kustannuksia leikkaaviin järjestelmiin, kylläkin kansalaisten elämänlaatua unohtamatta. Uusiin eHealth- ja hyvinvointiratkaisujen tutkimiseen pitäisi panostaa. Tärkeää on, että kehitystä



ohjataan kansallisella ja/tai alueellisella tasolla. Teknologiahäntöistä lähestymistapaa on syytä välttää ja ottaa huomioon kaikki sidosryhmät (erityisesti ammattilaiset ja asiakkaat). Eräänä esteinä terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämiselle korostuvat hierarkkiset vastuukenteet (ammattilliset ja yksiköiden väliset), jotka koetaan olevan tietojärjestelmäintegraation onnistumisen esteenä. Onnistuminen edellyttää ammatillista omistautumista ja luottamusta toimijoiden välillä. Ammatilliset ja organisatoriset arvot täytyy olla vahvasti läsnä.

King, O'Donnell, Boddy, Smith, Heaney ja Mair (2012) tutkivat, miten ammatilliset ja maantieteelliset rajoitteet ovat vaikuttaneet sähköisten palvelujen toimeenpanoon sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kyse oli retrospektiivisestä laadullisesta tapaustutkimuksesta, jossa tapaukset olivat rajoitettu Skotlannin SSA-projekteihin. Sähköinen SSA-palvelu (Single Shared Assessment) hyödyttää asiakkaita sekä palveluja tuottavia virastoja ja ammattilaisia hoidon tarpeen arvioinnissa; ihannetapauksessa käyttämällä yhteisiä potilastietoja. Tutkimuksen mukaan rakenteelliset rajat sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöjen välillä muotoilivat prioriteetteja, tietojärjestelmän käyttöä ja kykyä tehdä yhteistyötä. SSA:n tavoitteiden ymmärtäminen ja hyväksyminen vaihtelivat ammatillisten rajojen mukaan, erityisesti miten SSA:n koettiin tukevan tai heikentävän ammatillista kulttuuria ja eetosta. Toisaalta informaatioteknologialla voidaan ylittää ammatillisia rajoja ja olemassa olevia käsitteellisiä malleja. Tärkeätä on varmistaa, että sektoreiden välisiä IT-ratkaisuja kohtaan löytyy kaikista sidosryhmistä riittävästi kiinnostusta tuen varmistamiseksi. Rakenteelliset esteet ovat merkittäviä riskejä tiedon jakamisen pyrkimykselle sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Vaikka tietojärjestelmät toimisivat kuinka hyvin, rakenteita ei voi helposti ylittää. Omien tietojärjestelmien kehittäminen ja resurssien allokointi tekee sektoreiden rajat ylittävät tietojen jaon vaikeaksi. Yksilöt eivät välttämättä ole haluttomia käyttämään uusia yhteisiä järjestelmiä, syy löytyy pikemminkin syvään juurtuneista ammatillisista arvoista. Tämä näkyy tiedon muodossa, jota kukin ammattitaho tarvitsee työssään: kuinka helposti tietoa toimitetaan tai siihen päästään, keskitytäänkö potilaan välittömään tilaan vai laajempaan sosiaaliseen kontekstiin. Tutkimuksen keskeinen viesti on näin ollen sitouttaa sidosryhmät järjestelmien kehittämiseen ja toimeenpanoon, jolloin pitkäaikaisen ammatillisten ja organisatoristen rajojen riskitekijät pienenevät.

Nguyen, Chan, Makam, Stieglitz ja Amarasingham (2015) tutkivat laadullisen teemahaastattelun avulla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajia Teksasissa, Yhdysvalloissa. Tutkimus oli osa potilastietojärjestelmiä yhdistävää sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenvaihdon (S-HIE – Social-Health Information Exchange) parannushanketta. Tutkimuksessa vertailtiin terveydenhuollon tiedonvaihtoa horisontaaliseen tietojenvaihtoon: miten tietojenvaihtoa, kommunikaatiota ja koordinoitua voitaisiin parantaa, mitkä ovat toteuttamisen esteitä ja mahdollistajia. Haastateltavat kokivat tarvetta parantaa tiedonjakoa, kommunikaatiota ja hoidon koordinoitua, ja uskoivat tietojenvaihdon sitä edistävän. Huolenaiheet olivat oikeudellisia ja eettisiä. Tietojenvaihdon, ja siihen liittyvän seurantatiedon, nähtiin auttavan osoittamaan sosiaalihuollon myönteisiä tuloksia ja vaikutuksia myös terveyden kannalta. Sosiaalihuollon parissa esteiksi nähtiin olemassa olevien tietojärjestelmien yhteentoimivuuden puutteet ja niiden aiheuttamat tehottomat työnkulut. Sosiaaliväkeä huolestuttivat lisäksi epävarmuus vastuista ja riskeistä tietoturvaloukkauksista sekä niihin liittyvistä koulutuksista. Pienemmällä sosiaalipalveluryhmillä esteenä olivat rajalliset mahdollisuudet informaatioteknologian hyödyntämiseen. Terveydenhuollon puolella keskeisiksi esteiksi koettiin saumattomuus ja yhteentoimivuus sekä tietojen väärinkäytön mahdollisuus.

### 3.2 Avainhenkilöiden käsityksiä integraatiosta Suomessa

Haastatteluaineisto raportoidaan seuraavassa haastatteluissa käytetyn teemahaastattelurungon mukaisesti:

## **Vertikaalinen ja horisontaalinen palvelujen ja asiakas- ja potilasjärjestelmien integraatio vuosituhaten vaihteen jälkeen**

Haastatteluista välittyvä kuva, että Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä on integraatioon kiinnitetty viimeksi kuluneen 15 vuoden aikana paljon huomiota. Milloin on puhuttu saumattomista palveluketjuista, moniammatillisesta yhteistyöstä tai järjestelmien yhteensovittamisesta; toimenpiteet ovat kuitenkin liittyneet tavalla tai toisella integraatioon. Kansainvälisesti vertaillen Suomi on ollut edistysellinen: nykyisin Länsi-Euroopan eri maissa toteutetaan horisontaalisessa integraatiossa samanlaisia kehityskuvioita kuin Suomessa on toteutettu jo kuluneiden vuosikymmenten saatossa.

Integraatiota on tavoiteltu sosiaali- ja terveyspalvelujen arkityössä asiakas- ja potilaslähtöisyyteen huomiota kiinnittämällä, paikallisia organisaatorakenteita uudistamalla (erityisesti sosiaalitoimen ja terveydenhuollon yksiköitä fuusioimalla) sekä erilaisilla paikallisilla, alueellisilla ja valtakunnallisilla ohjelmilla (erityisesti Kaste-ohjelma ja 2000-luvun sosiaali- ja terveysministeriön johdolla toteutetut sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmat). Sosiaali- ja terveyspalvelujen monituottajamallia on edistetty Suomessa muun muassa uusilla toiminnanohjausmalleilla, kuten esimerkiksi tilaaja–tuottaja-mallin erilaisilla variaatioilla.

Lisäksi on mainittava haastattelujen perusteella, että sosiaali- ja terveyspalveluissa palveluintegraatiota edistettiin varsinkin 2000-luvulla yhdistämällä hallinnollisesti siihen asti erillisiä sosiaalilautakuntia ja terveyslautakuntia yhdistetyiksi sosiaali- ja terveyslautakunniksi, millä oli oma merkityksensä palvelujen integraatioprosessissa paikallisella tasolla. Tältä osin integraatio jäi useissa tapauksissa kuitenkin hallinnolliseksi ja rakenteelliseksi integraatioksi ilman palvelujen toiminnallista integraatiota. Haastateltavien käsitys on, että integraatiota on yritetty tehdä nimenomaan palveluintegraation osalta mutta loppujen lopuksi vaikuttavuudeltaan melko vähäisin saavutuksin. Haastateltavat ovat yhtä mieltä siitä, että palvelujärjestelmä on siis Suomessa integraatiomyönteisestä kehityksestä huolimatta jäänyt pirstaleiseksi ja tarve palvelujärjestelmän systeemitasoiseen uudistamiseen on selvästi olemassa.

Suomessa potilastietojärjestelmien kehittäminen aloitettiin kansainvälisesti vertaillen aikaisin. Pioneerina toimimisen haittapuolena oli, ettei aina aivan ymmärretty, mikä tietojärjestelmien rakentamisessa on tärkeää. Vähitellen tiedonsiirron merkitys ja hyödyt havaittiin muun muassa terveydenhuollossa digitaalisen kuvantamisen myötä. Vaikka tietojärjestelmien siiloutumista on pystytty vähentämään järjestelmien yhteentoimivuuden kautta, ovat tietojärjestelmien paikalliset ja alueelliset yhteensopivuuden ongelmat olleet merkittäviä: esimerkiksi Hämeessä sosiaali- ja terveydenhuollossa on sovitettava yhteen tietojärjestelmien rajapintojen osalta noin sata erilaista tietojärjestelmää.

Asiakas- ja potilasjärjestelmien integraatio on edennyt hitaasti, mutta haastateltavien käsityksen mukaan kuitenkin johdonmukaisesti. Vertikaalisessa integraatiossa potilastietojärjestelmien osalta helpotusta on tuonut kansallisen terveysarkiston (Kanta) käyttöönotto. Haastateltavien käsitys on, että olemme lähellä tilannetta, jossa eri asiakastietojärjestelmien kautta Kanta-palveluun kumuloituvaa tietoa voidaan alkaa käyttää hyödyksi asiakas- ja potilasvirtojen ohjauksessa. Valtakunnallisella tasolla Kelan rooli tiedon integraattorina on ollut merkittävä (muun muassa Kanta-palvelun toteutus). Sosiaali- ja terveysministeriön määräykset ovat sitä vastoin jääneet varovaisen yleisluonteisiksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnossa on tehty jo parinkymmenen vuoden ajan pitkäjänteistä kehitystyötä tavalla, joka ei ole aina näkynyt julkisuudessa. Vaikka työ ei ole ollut suurelle yleisölle näkyvää, niin se on pitänyt tehdä, jotta ollaan siinä missä nyt ollaan. Taustatyössä ei ole kyse suurista innovaatioista, vaan pienten askelten johdonmukaista etenemisestä. Vanhoja järjestelmiä ei ole vain voinut lakkauttaa ja samanaikaisesti ottaa käyttöön uutta

järjestelmää. Tietojärjestelmien uudistamisessa on ollut haastateltujen mielestä kyse paljon muustakin kuin teknisestä toteuttamisesta: tietojärjestelmien valtakunnallinen kehittäminen on vaatinut muutoksia niin lainsäädännössä kuin yksittäisten termien määrittäyksessä, jotta yhteensopivuutta voidaan toteuttaa.

Paikallistason tietojärjestelmien hankinnassa ei ole ollut saatavissa ohjeistusta ja siten hankinnassa vaatimusmäärittelyt ovat olleet melko hataria (perimmäisenä syynä myös vähäiset resurssit tietojärjestelmien tarvearviointiin ja määrittelytyöhön). Vielä vuosituhatien alussa järjestelmiä ostettiin omien oletettujen tarpeiden täyttämiseksi. Sama koski tiedon keräämistä: sen integroinnin tarvetta ei koettu tarpeelliseksi. Vähitellen tiedon integroiminen on ymmärretty teknistä integraatiota tärkeämmäksi. Vertikaalisessa integraatiossa tavoitetaso on korkealla: tieto liikkuu, mutta sen käyttö on kyseenalaista. Vaikka käytössä on ollut aluetietojärjestelmä, tahtoa toimia järjestelmiä hyödyntäen on puuttunut. Tiedon liikkuminen on ollut ikään kuin paperien paikkausjärjestelmä ilman kunnon digitaalisuuden hyödyntämistä.

Haastattelujen perusteella välittyy kuva sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäkehityksen ”marssijärjestyksen” ymmärtämisen tarpeesta. Palvelujärjestelmää ja tietojärjestelmiä koskevassa päätöksenteossa näyttää aika ajoin unohtuneen, että hallinnosta ja palveluista vastaavan tulisi vastata myös asiakas- ja potilastietojärjestelmien sisällöstä ja toiminnasta. Ongelmia on tuottanut se, että ministeriötasolla ei tehty linjauksia siitä, millaisia tietojärjestelmiä olisi pitänyt rakentaa ja kehittää. Tällainen ajattelutapa ei toiminut markkinaehtoisessa tilanteessa, jossa järjestelmätoimittajilla on hyvin keskeinen rooli. Sosiaali- ja terveysministeriöltä on tavallaan puuttunut juridiset keinot ohjata kuntia asiakas- ja potilastietojärjestelmien rakentamisessa. Lopputuloksena on ollut, että kunnat ovat pitäneet omista malleistaan kiinni. Lisäongelmansa tilanteeseen tuotti haastattelujen perusteella se, että sosiaali- ja terveysministeriöltä puuttui 2000-luvulla huipputason osaamista arkkitehtuurien rakentamisessa. Koko naisarkkitehtuurin työstäminen sai vauhtia 2011 tietohallintolaista, mutta erään haastateltavan mukaan yhäkin ”piirroksot ovat hienoja mutta niitä ei saada toteutukseen”.

Haastatteluissa korostui jossain määrin myös se, että takavuosina Suomessa on haikailtu aivan turhaan Viron mallin perään koskien sekä palvelujen että asiakas- ja potilasjärjestelmien integrointia. Viro on ”tapauksena” uniikki, jossa kaikki luotiin tavallaan ”tyhjästä”, minkä vuoksi siitä mallin ottaminen ei ole järkevää eikä tarkoituksenmukaista. Suomessa palvelujen integraatiota ovat estäneet monet seikat, kuten jäykät organisaatorajat ja erityisesti hyvinvointiammatteihin liittyvien professioiden erittäin vahva asema.

Edellä sanotun perusteella voidaan vetää yhteen, ettei tehtyjen haastattelujen perusteella yhtäältä sosiaali- ja terveystalvelujen ja toisaalta asiakas- ja potilasjärjestelmien näkökulmasta integraatio ole mikään uusi idea, vaikka asian uutuusarvoa nykyisin alleviivataankin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten nousua hillitsevänä tekijänä. Tavallaan Suomi on ollut jo vuosikymmeniä integraation mallimaa maailmassa, joskin sosiaali- ja terveydenhuollon kehitystä ei aina ole käsitteellisesti nähä palveluintegraation näkökulmasta. Haastateltavat pitävät palvelujen ja tietojärjestelmien integraatiota edelleen hyvänä ja kannatettavana tavoitteena, mutta uudistuksen toteutustapa ei ole parhaalla mahdollisella tavalla toistaiseksi edistänyt palvelujärjestelmän integraatiotavoitteita. Syitä tähän on monia. Haastatteluissa mainittiin muun muassa, että palveluintegraation osalta puolueilta on viimeksi kuluneen 15 vuoden ajalla puuttunut selkeät suunnitelmat ja mallit integraation toteuttamiseksi. Toinen ongelma on ollut, ettei asiantuntijavalmistelua ole otettu huomioon viime vuosien aikana poliittisessa päätöksenteossa. Kärjistäen palvelujärjestelmän uudistamisessa on sosiaali- ja terveydenhuollon osalta ollut kyse poliittisesta vallankäytöstä, vaikka integraatioon liittyvän asiakaslähtöisyyden nimiin onkin vannottu. Samassa yhteydessä virkamiesvalmistelun merkitys on vähentynyt poliittisen päätöksenteon taustalla. Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän uudista-

misesta on tullut ennen muuta politiikan tekemistä – ilman että päätöksenteossa asiantuntijamielipiteitä olisi otettu huomioon. Palveluintegraation toteuttamisen näkökulmasta tuloksena on ollut nykyinen tilanne, missä palveluintegraatioon liittyvä niin sanottu punainen lanka on hävinnyt koskien sekä sosiaali- ja terveystalouden tuottamista, järjestämistä ja myös palveluihin liittyvää valinnanvapautta.

### **Integraation onnistumiseen ja epäonnistumiseen liittyvät tekijät**

Haastateltavat toivat esille useita niin sanottuja muutoksen ajureita, jotka ovat suuressa määrin vaikuttaneet sosiaali- ja terveystalouden integraation etenemiseen viimeksi kuluneiden noin 15 vuoden aikana. Näitä on hahmotettu seuraavassa:

- 1) Sosiaali- ja terveystalouden hajanaisten rahoitusmalli ei ole kannustanut riittävästi palvelujen integroimiseen paikallisesti ja alueellisesti.
- 2) Sosiaali- ja terveydenhuollon vahvat professiot (hierarkioineen). Se mikä ammattimaisuudessa ja ammattitaidon syvenemisessä on voitettu, on tavallaan ainakin osittain hävitty palvelujen ennakkoluulottomassa ja asiakaslähtöisessä integraatiossa. Esimerkiksi sosiaalityöntekijät kokevat olevansa vahvojen professiotoimijoiden ympäröimänä, jolloin ”ne jyrää meidät” -keskustelu saa korostetun sävyn.
- 3) Kuntien erilaiset kehittämiskulttuurit, jotka voivat erota toisistaan huomattavasti, kuten tutkimuksissakin on viime vuosina tuotu esille. Mitä parempi ja kypsempi kehittämisen kulttuuri kunnassa on, sen parempi kehittäjämaine sillä on ja sitä ennakkoluulottomammin kunnat ovat sosiaali- ja terveystaloutta integraation näkökulmasta uudistaneet.
- 4) Monituottajamallin eriasteinen kehittyminen Suomessa. Isoilla paikkakunnilla yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat ovat jo vuosia olleet mukana uudistamassa paikallista sosiaali- ja terveystalouden palveluekosysteemiä, kun taas pienillä paikkakunnilla nimenomaan yksityisen palvelutuotannon osuus on ollut sangen vaatimatonta.
- 5) Kuntaorganisaatioiden muutostaloudet – edellä mainitun kehittämiskulttuurin lisäksi – on ollut merkitys siihen, miten uudistuksia on onnistuttu viemään läpi. Avainasemassa on tämän asian suhteen organisaatioiden keskijohto, joiden muutostaloudet tulee vahvistaa muutostilanteissa. Edelläkävijäkunnissa on oivallettu, että muutosten läpivienti edellyttää erityisesti organisaation keskijohdon sitoutumista muutoksen tavoitteisiin ja toteutukseen. Muutoksessa on myös ymmärrettävä huomioida sektoreiden erilaiset toimintakulttuurit ja luottamuksen rakentaminen toimijoiden välille.
- 6) Varsinkin palveluintegraation osalta palvelujen toiminnallinen ”toisiinsa kytkentä” on hyötynyt tilanteesta, jossa kunnissa on palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa niin sanottu elinkaarimalli. Tuolloin palvelutarpeiden tyydyttämistä on tarkasteltu ikäspesifistä näkökulmasta. Tämä on vahvistanut palvelutuotannossa holistista käsitystä palvelujen käyttäjistä, heidän palvelutarpeistaan ja uusista mahdollisuuksista toteuttaa palvelutarpeita innovatiivisella tavalla. Eräs haastateltavista totesi, että alhaalta–ylös-ajattelu on ollut vanhojen rakenteiden purkamisen käyttövoima.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien integraatioon on kulloinkin vaikuttanut merkittävästi systemaattinen ohjaus – tai se puute. Koordinaation puutteesta haastateltavien mielestä kertovat sekä järjestelmien yhteensopivuuteen liittyvä kritiikki ja se, että esimerkiksi Valtiontalouden tarkastusvirasto on toistuvasti kiinnittänyt huomiota sosiaali- ja terveydenhuollon potilastietojärjestelmien kustannuksiin ja rakenteellisiin ongelmiin viimeksi kuluneiden noin 15 vuoden aikana. Valtakunnalliset ICT:n koordinaatio-ohjelmat – esimerkiksi valtiovarainministeriön koordinoima SAdE-ohjelma – eivät tehtyjen haastattelujen perusteella ole onnistuneet tuomaan asiakas- ja potilastietojärjestelmiin sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvittavaa rajapinta-

ajattelua ja kustannustehokkuutta. Lisäksi on mainittava tietojärjestelmätoimittajien asema, joka Suomessa on ollut historian perua sangen itsenäinen.<sup>8</sup>

Tietojärjestelmien (tai laajemmin ICT:n) suurin merkitys on ollut toimintatapojen muutoksessa. Esimerkiksi sähköinen resepti on muuttanut työtapoja ja helpottanut asiakkaiden arkea, samalla väärinkäytökset ovat vähentyneet olemattomiin. Tietojärjestelmiä kuvaillaan haastateluissa palvelutuotannon "...kivijalaksi, jonka myötävaikutuksella sosiaali- ja terveydenhuolto joko nousee tai tuhoutuu...". Tietojärjestelmät nähdään palveluintegraation välttämättömänä edellytyksenä, muttei sille alisteisena. Tietojärjestelmät ikään kuin strukturoivat käytäntöjä mutta toimimattomina voivat myös jarruttaa kehitystä. Kuitenkin palveluintegraation ja siihen liittyvien palvelukäytäntöjen tulisi ohjata tietojärjestelmiä, ei toisinpäin. Uuden sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän "tilan" eteen täytyy tehdä myös paljon arkkitehtuuritasoon suunnittelua. Näin pystytään tavoittelemaan monella eri tasolla hyödynnettävä kokonaisuus.

Tietojärjestelmät sinällään, teknisinä järjestelminä, eivät ole tavoittelun arvoisia: tärkeintä on tieto sekä sen käyttö ja vaihto. Tiedon lisäarvoistaminen on Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa nähty vaikeaksi - tietoa kerätään, edistymisestä huolimatta, yhä liikaa ikään kuin toimijoiden ja palvelutuottajien omaan käyttöön. Tieto ei tällöin muutu palveluksi, tiedon siirron avulla voitaisiin saada aikaan uusiakin palveluja. Asiakastietojärjestelmien kehittämisen kannalta Suomi hyvässä asemassa yksilöllinen henkilötunnuksen vuoksi: tieto on helppo kohdentaa koko elinkaaren ajalta.

Useiden haastateltavien mukaan poliittisilta päätöksentekijöiltä puuttuu ymmärrys tietojärjestelmien valtavan suuresta ja systemaattisesta kehittämisestä. Vaikka haastateltavien käsitykset vaihtelevat tietojärjestelmien kehittämisen tahtotilasta, niin nykyisin on tarjolla enemmän ohjausta alueelliselle ja kunnalliselle tasolle. Linja on sitoutumisen kannalta oikea. Linjan vastaisena sen sijaan nähtiin tiedonhallinnon politisoituminen eli suurista linjoista ja kokonaisuuksista päättäminen.

Kokonaisarviona voidaan esittää haastattelujen perusteella, että mainituilla seikoilla on haastattelujen perusteella ollut varsin suuri merkitys integraation toteutumiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Lopputuloksena voidaan tästä tehtyjen haastattelujen perusteella sanoa, että integraatio on toistaiseksi toteutunut loppujen lopuksi melko vähäisesti koko sosiaali- ja terveyspalvelusysteemin tasolla. Palveluintegraation osalta Suomessa on toki hyviä käytäntöjä (esimerkiksi Kainuun sote ja Etelä-Karjalan Eksote), mutta niiden vaikutus on loppujen lopuksi jäänyt vähäiseksi ja pisteittäiseksi kokonaisuuden kannalta. Lopputuloksena tästä on ollut, että palvelujen ja tietojärjestelmien integroinnille on edelleen suuri tilaus sosiaali- ja terveysmenojen kasvaessa. Positiivista haastattelujen perusteella on ollut se, että sosiaali- ja terveyspalveluissa kustannustietoisuus on noussut viime vuosina oleellisesti.

### **Aiemmin tapahtuneen palveluintegraation ja asiakas- ja potilasjärjestelmäintegraation opit istuvalle hallitukselle**

Haastateltavat suhtautuvat varsin skeptisesti hallituksen suunnitelmiin ja toimenpiteisiin sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamiseen liittyen. Erään haastatellun mielestä "...ei olisi järin suuri yllätys, jos nyt käynnissä oleva uudistus päättyisi vuoden 2018 lopussa täydelliseen katastrofiin". Erään toisen haastatellun mukaan hallituksen toimenpiteet ja ylipäänsä uudistuksen suunnittelu on ollut vähän kuin "... ralliauton kuljettaja ajaisi tuhatta ja sataa, ja kaiken lisäksi ilman kartanlukijaa". Kolmas kuvasi "palloja olevan aivan liikaa ilmassa samaan aikaan". Joku haastatelluista epäili jopa, ettei onnistumista edes tavoitellakaan.

<sup>8</sup> Käytännössä markkinoilla on Suomessa kaksi isoa toimittajaa. Terveystieteiden organisaatiot ovat tavallaan pudonneet "toimittajaloukkoon", jossa hankinnat joudutaan tekemään samalta toimittajalta. Toimittajan vaihto olisi kallista, eikä niitä ole juuri tehty lukuun ottamatta Pohjois-Karjalaa. Ulkomaalaisien toimittajien on ollut vaikea päästä rajoitetuille markkinoille – Apotti tavallaan parhaillaan avaa sitä ovea.

Edellä esiin nostetut haastattelukatkelmat osoittavat, että sosiaali- ja terveystalvaelujen uudistaminen ja niissä palveluintegraation edistäminen herättää Suomessa paljon intohimoja. Kriittisiä näkemyksiä käynnissä olevaan uudistukseen perustellaan seuraavin argumentein:

- Tavoitteeksi esitettyä kolme miljardin euron kustannusten kasvun hillintää ei saada aikaan, mikäli palvelutuotannossa ei tosissaan kiinnitetä huomiota palvelutuotannon prosesseihin ja palvelujen kohdentamiseen. Tätä uudistamistyötä ei saada kokonaisvaltaisesti edes käyntiin seuraavan kahden vuoden aikana, joten käynnissä oleva sosiaali- ja terveystalvaelujärjestelmän uudistaminen jää automaattisesti puolitiehen, jos edes siihen asti päästään. Keskeisenä kohderyhmänä palveluprosessien uudelleenstrukturoidinnissa tulee nähdä palveluja paljon määrällisesti käyttävä kohderyhmä, jolle on leimallista useat erilaiset sairaustyyppidiagnoosit (erityisesti mielenterveyden häiriöt ja päihteen käyttö sekä näiden liitännäiset sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat) koska tämä ryhmä (kooltaan 10–15 % palvelujenkäyttäjistä) käyttää tutkimusten mukaan 80–85 % kaikista palvelutuotannon resursseista.
- Säästövaikutuksia saadaan aikaiseksi vain ja ainoastaan, jos asiakas- ja potilasohjaukseen kiinnitetään radikaalisti aiempaa enemmän huomiota. Toinen asia on, edellyttääkö tämä tilaaja–tuottaja-mallin mukaista toimintaa itsehallintoalueilla ja ”palomuurin” pystyttämistä palvelujen järjestämisen ja tuottamisen välille. Usean haastattelun mielestä näin ei ole.
- Haastateltavien arvio on, ettei palvelujärjestelmän kokonaisuutta ja siihen sisältyvää dynamiikkaa, eikä varsinkaan sosiaali- ja terveystalvaelujärjestelmän toimivuutta, ole pystytty arvioimaan kokonaisvaltaisesti. Kompleksisen prosessin mittakaava ei ole hahmotettu. Nyt yritetään muuttaa liikaa yhdellä kertaa. Hyödyllisempää ja tarkoituksenmukaisempaa olisi edetä tavalla, joka rakentuu enemmän ”olemassa olevalle” – koskien niin palvelujen integraatiota kuin myös asiakas- ja potilasjärjestelmien integroimista.
- Palvelujen digitalisaatio tulee nähdä mahdollisuutena. Nyt tähän – ja ylipäänsä teknologisiin kysymyksiin – ei uudistamisprosessissa ole kiinnitetty läheskään niin paljon huomiota kuin olisi ollut syytä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitaan ajantasaista teknologia- ja digitalisaatiostrategiaa.
- Sosiaali- ja terveystalvaelujärjestelmän tietoperusteisuus on ollut varsin kyseenalainen. Samoin haastateltavat esittävät voimakasta kritiikkiä siihen, että järjestelmää yritetään uudistaa liikaa ja liian lyhyessä ajassa ilman realistisia ja tarkoituksenmukaisia kokeiluja. Kokeiluja voitaisiin tehdä rajatuilla aloilla (esimerkiksi vanhuspalveluiden integraatio) ja tietojen karttumisen myötä edetä rauhassa muille sektoreille; tuolloin saataisiin vaikutuksia esille, ja samalla se olisi suorittavan tason henkilöstölle hallitun pehmeä muutos.
- Erikoissairaanhoidon osalta haastateltujen mielestä oletus markkinaehtoisuudesta on karkeasti liioiteltu. Erikoissairaanhoidon kustannussäästöt syntyvät ainoastaan siinä tapauksessa, että koko sairaalajärjestelmä uudistetaan ja hoitoprosessit optimoidaan. Tämä toimenpide ei sinänsä edellytä koko sosiaali- ja terveystalvaelujärjestelmän uudistamista.
- Julkisesta palvelulupauksesta ei ole käyty juurikaan keskustelua – ainakaan julkisesti. Tämä on tehtyjen haastattelujen perusteella suuri ongelma, koska julkiseen palvelulupaukseen sisältyy paljon ongelmia muun muassa palvelujen saatavuuden näkökulmasta ja siinä mielessä, miten eri ihmisillä on käytännössä realistiset mahdollisuudet valita palveluja haluamallaan tavalla tilanteessa, jossa valinnanmahdollisuuksia ei ole tai valinnanmahdollisuuksista ei ole mitään tietoa.
- Kiinnostava kysymys haastateltujen mielestä on se, mitä tapahtuu sosiaali- ja terveystalvaelujen väestötasoisille tarpeille uudessa tilanteessa. Kysymys on sangen haastava, koska palvelutarpeilla on tutkimusten mukaan yhteys järjestelmän kustannuksiin.



Tutkimuksista tiedetään, että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset seuraavat asianomaisia tarpeita, mikä johtaa kysymykseen: miten oikeasti kontrolloidaan uuden sosiaali- ja terveyspalvelujen systeemitasoisia kustannuksia tilanteessa, jossa rahoitukseen käytettävät resurssit ovat sangen rajalliset, käytännössä niukkenevat.

- Haastateltavat ovat huolissaan myös siitä, että sosiaali- ja terveydenhuoltoa ei ole viime vuosina uudistettu samansisältöisesti. Terveyspalveluita on uudistettu ja sen prosesseja jossain määrin tehostettu, mutta sosiaalipalvelujen osalta tilanne ei ole näin yksinkertainen tai positiivinen. Niiden osalta tehostamistyötä tulee viedä eteenpäin systemaattisesti ja johdonmukaisesti.
- Uudistuksen toteutuksessa tulee kiinnittää aivan erityistä huomiota sosiaali- ja terveyspalvelujen ennakkuulottomiin kokeiluihin, joissa luodaan uusia, levitykseen kelpaavia toimintamalleja ja -käytäntöjä. Tämä edellyttäisi uudentyyppistä kokeilevan palvelutuotannon mallintamista ja käyttöönottoa ja luopumista kategorisesta ylhäältä-alas-ideologiasta toimintamallin uudistamiseen liittyen.
- Sosiaali- ja terveyspalvelujen vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio edellyttää vahvaa strategista ohjausta. Operatiivinen ohjaus ja johtaminen tulee jättää perustettaville itsehallintoalueille. Uudistuksen nykyvaihe herättää haastatelluissa huolta sen suhteen, että valtion ”tulosoajasta” ulotetaan vertikaalisessa mielessä liian alas – toisin sanoen strategisen ja operatiivisen ohjauksen ja sen tarpeen koetaan olevan hie-man sekaisin.
- Palveluekosysteemin integraatio edellyttää haastateltujen mielestä kokonaisvaltaisesti toimivaa palvelujen ekosysteemiä, joka koostuu erikokoisista ja eri toimintalogiikalla toimivista yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin palvelujen tuottajista. Erityisenä huolenaiheena haastatelluilla ovat pienet ja keskiuuret yritykset, joilla on yhteiskunnallisesti tärkeä tehtävä, mutta jotka eivät syystä tai toisesta pysty tarjoamaan kokonaisvaltaisia palvelukonsepteja edes paikallisesti, puhumattakaan alueellisesti. Kysymys on siis siitä, millainen palveluekosysteemi luodaan ja miten markkinaehtoisuutta lisätään kaikissa kolmessa palvelujentuottajatyypissä.
- Nykyisen palvelutuotannon muutokapasiteettia tulee tehtyjen haastattelujen perusteella vahvistaa radikaalisti. Avainasemassa ovat sosiaali- ja terveyspalvelujen keski-johto, koska heidän roolinsa on ratkaisevan merkittävä uudistuksen tavoitteiden aikaansaamisessa. Myös suorittavan henkilöstön jaksamiseen olisi syytä kiinnittää huomiota. Pelkkä roolien ja resurssien selkiyttäminen ei riitä, vaan samalla on sitoutettava kaikki toimijat muutokseen.
- Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamiseen liitetään vahva ideologinen lataus. Sillä on haittapuolensa, mikä näkyy palveluintegraation käytännön ongelmina muun muassa muutosvastarintana. Näin ollen uudistuksen toteutuksessa tarvitaan tavallaan ”siltaa” uudistuksen ideologisten lähtökohtien ja palvelutuotannon reaali-maailman välille. Ideologinen uhkapeli johtaa väijäämättä vastustuksen lisääntymiseen ja näkökantojen polarisoitumiseen (”kuntapuolue”, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, sosiaali- ja terveysjärjestöt, kansalaiset, säästöistä huolestuneet ym.). Tarvittava silta voisi olla esimerkiksi parlamentaarista komiteatyöskentelyä muistuttava työ-tapa tai välitilan kompromissi, jossa paikalliselle tasolle annettaisiin mahdollisuus kehit-tää toimintojaan valtion kanssa yhdessä sovitun päämäärän mukaisesti.

Asiakas- ja potilastietojärjestelmien näkökulmasta sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistami-  
nessa tulisi haastateltavien mielestä ottaa huomioon ainakin seuraavat seikat:

- Uudistuksessa keskeisintä ei ole yhteinen rahoitusmalli, palveluekosysteemien mark-  
kinaehtoistaminen tai vaikuttavuusperusteisen palvelujärjestelmän rakentaminen,  
vaan ennen muuta yhtenäinen tieto sosiaali- ja terveyspolitiikkaa koskevan päätök-  
senteon pohjalta.

- Tietojärjestelmien rakentamisen osalta yhtenäinen tieto syntyy, kun järjestelmiä rakennetaan johdonmukaisesti ja huomiota kiinnitetään järjestelmien määrittelytyöhön, avoimiin rajapintoihin eri järjestelmien välillä ja ylipäänsä tiedon avoimuuteen ja käytettävyyteen. Yhtenäisen tiedon syntyminen edellyttää välttämättä myös yhtenäisiä käsityksiä tietosisällöistä ja tiedon määrittelyä yhteisesti sovitulla tavalla. Haastateltujen mielestä nyt näyttää olevan vallalla ajattelu, että järjestelmät ja sen ”pyörittäminen” (itsehallintoalueiden yhteinen sosiaali- ja terveyspalvelujen ICT-yhtiö) voidaan luoda tyhjästä ja järjestelmä alkaa toimia ikään kuin itsestään.
- Tietosisältöjen standardointi on haastateltavien näkökulmasta avain asiakas- ja potilastietojärjestelmien toimivuuteen.
- Vaihtoehtoisia kehitysmalleja, kuten UNA<sup>9</sup>, tulisi edistää ja koordinoita valtion toimesta. Ne eivät saisi eriytyä maakuntiin, vaan niiden osalta tulisi varmistaa kansallinen kehittäminen yhdenmukaisella tavalla.
- Kanta-palvelua olisi saatava paremmin esille ja hyödynnettäväksi, jolloin siihen liittyisi myös sosiaalihuollon arkisto. Kansalaisen omat tiedot saadaan turvattua, kun ne eivät ole sidoksissa palveluntuottajaan. Tällöin myös tiedolla ohjaus ja tiedolla johtaminen ovat mahdollisia väestötasoisesti väestön hyvinvointia ajatellen: palvelutuotannon parempi vaikuttavuus, palvelutuotannon tehostamisesta aikaan saatavat kustannussäästöt, hyvien käytäntöjen levittäminen ja palveluinterventioiden kustannustehokkuuden arviointi mahdollistuvat paremmin, kun potilas- ja asiakaskohtainen tieto olisi kokonaisvaltaista ja systemaattista.
- On tärkeää ymmärtää, että tietojärjestelmien kehittämisessä on kyse pitkäjänteisestä työstä. Tavoitteena on toiminnan muutos ja ICT olisi nähtävä keinona palvelujen uudistamiseen. Tietojärjestelmät ovat monien järjestelmien kokonaisuus, ei yksittäinen monoliitti. Näin ollen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmän vaihtamisesta puhuminen on tavallaan irrationaalista, koska sosiaali- ja terveydenhuollossa ei tietojärjestelmää voi ”vaihtaa tuosta vaan”. Tietojärjestelmien uudistamiseen tulisi sijoitua: tietojärjestelmien osalta muutos ei lopu 1.1.2019, vaan jatkuu seuraavat parikymmentä vuotta. Tietojärjestelmien uudistamisessa tarvitaan valtakunnallista ohjausta, avoimia rajapintoja tiedon integraatioon ja mahdollisuuksien tarjoamista asiakaslähtöisten toimintamallien toteuttamiseen. On myös hyvä muistaa, että tietojärjestelmät eivät ole mikään abstrakti tieto-olio. Tietojärjestelmät koskevat satojen tuhansien ihmisten arkipäivän työtä, puolta miljoonaa työasemaa, kymmeniä tuhansia tietojärjestelmän osasia, useita tietovarantoja ja niin edelleen. Tietojärjestelmän vaikutukset heijastuvat siis laaja-alaisesti yhteiskuntaan.
- Poliittisten päättäjien on tehtävä asiakas- ja potilastietojärjestelmien uudistamista koskevia päätöksiä, sillä halua ja kykyä kehittää olisi. Päätöksen puuttuvat, niitä on tehtävä alueelliset kokonaisuudet huomioiden. Aikaa menee hukkaan, jos päätöksiä ei saada aikaiseksi.
- Kelan roolin kirkastaminen kansallisena integraattorina on tarpeen (mm. Kanta-palveluiden toteuttajana).
- Digitaalisten palveluiden mahdollisuuksia pitäisi osata ja uskaltaa miettiä laajemmin myös sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiossa.

<sup>9</sup> UNA (lat. yhdessä, samanaikaisesti) on usean sairaanhoitopiirin ja kunnan yhteistyöhanke organisaatio- ja toimittajariippumattomasta sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäkokonaisuuden vaatimusmäärittelystä.



### 3.3 Integraatiokokemukset Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa

#### Palveluintegraatio

Tutkimuksen kolmas tutkimustehtävä liittyi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatiosta saatuihin kokemuksiin kahdeksassa kunnassa (Hattula, Hollola, Hämeenlinna, Kuusamo, Salo, Tampere ja Turku) ja yhdessä kuntayhtymässä (Eksote). Tässä luvussa tarkastellaan mainittuja kuntia ja kuntayhtymää koskevia tutkimustuloksia. Kuntien ja -kuntayhtymän ”yhteenvetokortit” ovat tämän tutkimuksen liitteessä 3. Tutkimusaineisto koostuu dokumenteista (organisaatioiden tilinpäätökset ja vuosikertomukset) ja haastatteluista (kustakin asianomaisesta organisaatiosta haastateltiin tutkimussuunnitelman mukaisesti yksi avaintoimija). Tutkimuksen liitteenä olevat ”yhteenvetokortit” ovat tämän tutkimuksen tekijöiden kirjoittamia – siis tulkintaa kerätyistä aineistoista.

Sosiaali- ja terveystalvveluja koskevasta integraatiosta voidaan nostaa esille seuraavat havainnot:

Ensinnäkin palveluintegraation syveneminen ja eteneminen niin vertikaalisessa kuin horisontaalisessa muodossa eivät näytä olevan sidoksissa organisaatioiden kokoon. Havainto on kiinnostava ja yhdensuuntainen sen kanssa, mitä viime aikoina on tuotu esille organisaatioiden innovaatiotoimintaa koskevassa tutkimuksessa: organisaation johtamiskäytännöillä, johtamisen visionäärisyydellä, henkilöstön mukaan ottamisella, luovia työtapoja soveltavilla tiimiorganisaatioilla ja asiakkaiden kehittämistyöhön mukaan ottamisella on organisaatioiden kokoon nähden merkittävämpi rooli innovaatioiden onnistumisessa (esim. Sung & Lee 2016; Vaccaro, Jansen, van den Bosch & Volberda 2010; Litchfield, Ford & Gentry 2014). Näin ollen voidaan sanoa tarkastelun kohteena olleista kunta- ja kuntayhtymäorganisaatioista, että palveluja integroidaan, kun ja jos suotuisat reunaehdot ovat olemassa.

Toiseksi palveluintegraation näyttäisi liittyvän tietynlainen polkuriippuvuus. Palveluintegraatiossa edistymisen näyttää olevan sidoksissa ensinnäkin johtavien poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijajohdon yhteiseen käsitykseen asiakkaista ja heidän palvelutarpeiden ensisijaisuudesta, toisaalta elinkaariperusteiseen toimintamalliin palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa, kolmanneksi yhtenäiseen käsitykseen kaupunkiorganisaation johtamisessa ja neljänneksi jo vuosia vahvistuneeseen palveluinnovaatioita ruokkivaan ennakkoluulottomaan kehittämis- ja kokeilukulttuuriin. Usein palveluintegraation toteutus edellyttää, että paikallistalvella on joku riittävän voimakas toimija. Tällainen toimija kykenee paitsi löytämään ratkaisuja integraation toteutukselle, niin myös ”murtamaan” integroinnin toteuttamisen estävän vastarrinnan (Laitinen & Stenvall 2016). On vaikea sanoa, missä järjestyksessä asioiden tarkalleen ottaen pitäisi tapahtua (jotta palveluintegraatio edistyisi), mutta vaikuttaa siltä, että näitä elementtejä palveluintegraation ”polulla” tarvitaan joka tapauksessa, jotta palveluista rakentuu asiakkaiden ja palvelujen käyttäjien näkökulmasta integroitu kokonaisuus. Hämeenlinnan esimerkki kertoo, että kaikki edellä mainitut neljä elementtiä ovat olleet olemassa kaupunkikonsernin toiminnassa jo vuosia – tavallaan rinnakkain, limittäin ja lomittain – ja on vaikea sanoa, että palveluintegraatiossa olisi edetty näin pitkälle, jos yksi edellä mainituista neljästä elementistä olisi puuttunut. Käsitteellisemmin puhuen: polkuriippuvuus viittaa tässä positiiviseen kehään, joka ruokkii innovatiivisuutta ja tässä tapauksessa sosiaali- ja terveystalvvelujen integraatiota. Tältä osin havainto on yhdenmukainen sen kanssa, mitä innovaatiotutkimuksessa on tuotu esille polkuriippuvuudesta palvelu- ja organisaatioinnovaatioiden syntyyn myötävaikuttavana mekanismina (esim. Fuchs & Shapira 2005; Kindström, Kowalkowski & Sandberg 2013; Moulaert, Martinell, Gonzáles & Swyngedouw 2007). Varsinkin johtamisen ja

palveluintegraation välinen yhteys näyttäytyy tutkittujen organisaatioiden osalta kiinnostavalla. Johtaminen on nimittäin sekä palveluintegraation edellytys (tarvitaan uudentyyppistä visionääristä johtamisotetta, jotta palveluintegraatio voisi syventyä) että sen seuraus (palveluintegraatio entisestään vahvistaa asiakaslähtöistä johtamis- ja toimintakulttuuria kuntaorganisaatioissa). Näin ollen johtamiskulttuurin kehittämiseen kannattaa panostaa tässä tutkittujen organisaatioiden perusteella. Havainto on yhdenmukainen sen kanssa, mitä tutkimustiedon valossa tiedetään kannustavan ja motivoivan johtamisen merkityksestä innovatiivisuuteen ja asiakaslähtöisen kulttuurin vahvistumiseen (ks. tästä Gumuslougly & Ilsev 2009).

Kolmanneksi voidaan todeta, että taloudellisen liikkumavaran pienentyessä innovatiivisuus kasvaa tarkastelussa olleiden esimerkkiorganisaatioiden kohdalla. Tässä tapauksessa taloudellisten reunaehtojen niukkeneminen organisaatioissa on tuonut mukanaan uudelleenorganisointeja ja organisaatioyksiköiden uudelleenjärjestelyjä, varsinkin isoimmissa kaupunkiorganisaatioissa (Turku ja Tampere). Tältä osin taustalla on nähtävissä innovaatioiden alueella tuttu tutkimusteema siitä, miten innovatiivinen organisaatiotoiminta kytkeytyy erilaisiin kannustimiin. Oikein viritetyillä kannustimilla nähdään olevan positiivinen vaikutus innovaatioiden syntymiseen (esim. Scotchmer 2004; Teisberg, Porter & Brown 1994). Tutkituissa organisaatioissa palveluintegraatioon kytkeytyneen innovaatiotoiminnan kannustimena on ollut esimerkiksi resurssien uudelleen kohdentaminen (Turku, Tampere ja Eksote). On kuitenkin syytä todeta, että tarkastelun kohteena olleiden kuntien organisaatiomuutoksista kaikki eivät ole liittyneet palveluintegraatioon sanan varsinaisessa merkityksessä. Organisaatiouudistuksia on tehty myös muun muassa organisaatiofuusioiden (sosiaali- ja terveydenhuollon ”tekninen” yhdistäminen, Turku) ja toiminnanohjausmalleja koskevien muutosten yhteydessä (tilaaja–tuottaja-malliin siirtyminen ja tilaaja–tuottaja-mallista luopuminen, Tampere).

Neljänneksi, tutkimustiedon valossa tiedämme, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraation kohteet liittyvät tavallisesti (a) yhteisöihin tai terveydentilansa osalta huono-osaisessa asemassa oleviin kohderyhmiin, (b) yleisillä hyvinvointi-indikaattoreilla mitaten riskioloissa eläviin väestöryhmiin (esimerkiksi päihdeongelmaisiiin, vammaisiiin, erilaisista hyvinvointipuutteista kärsiviin lapsiperheisiin) ja (c) moniongelmaisiiin sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjiin (esim. Kodner 2009; Lyngsø, Godtfredsen, Høst & Frølich 2014). Tarkastelussa olleiden organisaatioiden palveluintegraatio on suuntautunut edellä mainitun jaottelun kohtiin (b) ja (c): palveluja on integroitu asiakaslähtöistä prosessiajattelua painottaen erityisesti lasten ja nuorten palveluissa (Turku, Hämeenlinna, Hollola ja Eksote), ikäihmisten palveluissa (Tampere, Salo), paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palveluissa (Turku, Hämeenlinna ja Eksote), päihde- ja mielenterveysongelmaisten kohdalla (Turku, Salo ja Eksote) sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen yhteensovittamisessa (Turku, Hämeenlinna, Tampere, Salo, Kuusamo ja Eksote). Lisäksi on syytä korostaa, että palveluintegraatiolla on nähty olevan suuri merkitys kotiin vietävissä palveluissa, ja tässä kohderyhmänä korostuvat erityisesti ikäihmiset. Useissa kuntaorganisaatioissa on myös pidetty tärkeänä kuntalaisten ja palvelujen käyttäjien mukaan ottamista uusien palvelukonseptien kehittämisessä, millä on ollut palveluintegraatiota selvästi vahvistava vaikutus (Tampere, Hämeenlinna, Hollola ja Hattula).

Viidenneksi, tutkitut kuntaorganisaatiot herättävät kysymyksen näkymättömistä tai kokonaan puuttuvista palveluintegraation rajapinnoista<sup>10</sup>. Niistä ensimmäinen liittyy palveluekosysteemin rajapintaan eli julkisen sekä yritysten ja järjestöjen tuottamien sosiaali- ja terveystalvelukokonaisuuden välille. Tutkituista organisaatioista ei nimittäin käy ilmi, miten julkisessa palvelutuotannossa otetaan seikkaperäisesti huomioon alan yritysten ja järjestöjen mukanaolo palveluintegraation syventämisessä. Havainto on merkittävä, koska käynnissä olevassa sosi-

<sup>10</sup> Rajapintojen merkitys on suuri käynnissä olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa.

aali- ja terveydenhuollon uudistamisessa yritetään rakentaa nimenomaan julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin organisaatioiden yhteistoimintaa ja tätä kautta rakentuvaa uudenlaista palveluintegraatioajattelua. Tämä sama seikka on tuotu esille viime vuosina julkaistuissa kotimaisissa tutkimustuloksissa, joista käy ilmi, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukonaisuuksia rakennetaan edelleen voimakkaasti julkisen palvelutuotannon ehdoin (ks. esim. Kurkela & Virtanen 2015; Rannisto 2015). Lisäksi on syytä muistaa, ettei kotimaassa toteutetuissa tilaaja–tuottaja-mallin kokeiluissa ole toistaiseksi onnistuttu merkittävällä tavalla lisäämään palvelujen markkinaehtoisuutta ja yksityisen palvelutuotannon osuutta edes suurimmissa kaupungeissa (Rannisto 2015). Näin ollen kriittinen kysymys onkin, miten jatkossa maakuntahallinnossa yksityinen ja kolmannen sektorin palvelutuotanto kytketään yhteistyöhön julkisen palvelutuotannon palveluintegraatiota syventäviin kehittämiskokeiluihin. Tämän tutkimuksen valossa toinen näkymätön (tai kokonaan puuttuva) rajapinta rakentuu terveyden edistämisen ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukonaisuuden välille. Vaikka tarkastellut kuntaorganisaatiot ovat palveluintegraatiotoiminnassaan varmasti osaltaan vahvistaneet terveyden edistämisen merkitystä, ei terveyden edistämistä ole nostettu palveluintegraatiossa millään tavalla jalustalle. Tällä havainnolla on aivan erityisen suuri merkitys, kun pidetään mielessä se, että jatkossa terveyden edistäminen jää ”peruskuntien” vastuulle muun sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja tuottamisen siirtyessä maakuntatasolle hoidettavaksi. Suurena huolena tämän tutkimuksen perusteella kannattaakin pitää sitä, miten jatkossa sovitetaan yhteen kuntatasolla tapahtuvat terveyden edistämisen toimintaprosessit ja palvelukonseptit sekä toisaalta maakuntatasolta operoitavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, joilla on suuri merkitys maakunnallisena terveyttä edistävää toimintamekanismina.

Lopuksi voidaan todeta, että kuntalaki ja kaupunkien strategiat edellyttävät hyvinvoinnin ja kilpailukyvyyn sekä sitä tukevan palveluverkon kokonaisvaltaista kehittämistä. Myös sote- ja maakuntauudistuksen lähtökohtana on palvelujärjestelmän uudelleensuunnittelu ja -organisointi. Näiden tavoitteiden toteuttamiseksi useat kunnat ovat käynnistäneet asiakas- ja palvelulähtöisen toimintamallin suunnittelun ja maakuntien on käytännössä toteutettava samanlainen uudistumisen prosessi palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Uudenlaisessa toimintamallissa keskeisintä on asiakkaan tilanteen ja tarpeiden sekä hänelle tarjolla olevien palveluiden hallinta. Näitä palveluita voivat tuottaa niin kunnat, kuntayhtymät, valtio, yritykset kuin kolmas sektori. Asiakkaan tarvetta vastaavan ja yhtenäisen palvelukokemuksen tuottamiseksi on muokattava sekä tausta- että palveluprosessit yhtenäisen toimintamallin mukaisiksi. Tätä kokonaisuutta kutsutaan palveluekosysteemiksi. Ymmärrys palveluekosysteemistä mahdollistaa asiakastarvetta vastaavien palveluiden suunnittelun, järjestämisen ja tuottamisen. Organisaatorajat ylittävä systeemiajattelu muuttaa kaikkien pääsidosryhmien toimintakulttuuria organisaatiosiiloista alueelliseen ja kansalliseen asiakaskeskeiseen palveluajatteluun ja palveluverkon suunnitteluun. Palveluekosysteemiä toteutettaessa tulee tunnistaa ja hyödyntää digitalisaation tarjoamat mahdollisuudet. Niin asiakas- kuin toimintaprosesseissa tulee hyödyntää digitaalisuutta silloin, kun se mahdollistaa paremman palvelukokemuksen ja tehokkaamman palvelujen järjestämisen ja tuottamisen. Digitalisaation tarkoituksenmukainen käyttö mahdollistaa vapautuvien resurssien hyödyntämisen kohtaamista vaativaan työhön.

## Tietojärjestelmät

Tämän alaluvun haastattelut eivät liity kuntatapauksiin. Asiantuntijat ovat käsitelleet tietojärjestelmäintegraatiota roolistaan riippuen joko oman kuntansa tai laajemmin kuntakentän näkökulmasta.

Pienissä kunnissa tietojärjestelmäintegraatiota on resursseista johtuen ollut vaikea toteuttaa. Samanaikaisesti yliopistosairaaloiden panostus yhteistyöhön alueen kuntien kanssa ei ole ollut asiantuntijoiden mukaan riittävää. Yhteistyötä on ollut pääasiassa sairaaloiden kesken.

Vastaavasti yksittäiset kunnat ovat saattaneet vaikeuttaa alueellista yhteistyötä. Kyse tuolloin on ollut siitä, että toimivan ja tulevaisuuteen tähtäävän tietoinfrastruktuurin kehittäminen on ollut kallista, eikä sitä varten ole kunnassa suunniteltu omaa strategiaa.

Kunnissa - myös isommissa - on harvoin tunnistettu ”punaista lankaa” tietojärjestelmien kehittämisessä. Mitä läheisemmässä suhteessa IT-asiantuntija oli ollut varsinaisen toiminnan kanssa, sitä selkeämmin tietojärjestelmäintegraation strategia artikuloitiin. Mikäli tämä havainto pitää laajemmin paikkansa tietojärjestelmien kehittäjien piirissä, niin asiaa voi pitää huolestuttavana. Se on myös ymmärrettävää, sillä historiallisesti kehittämistyö on ollut toimitajalähtöistä. Toimittajilta on kuitenkin puuttunut halu tai kyvykkyys ymmärtää kokonaisuutta. Toimittaja on yrittänyt sovittaa järjestelmiä toimintaympäristön mukaiseksi niin kuin on kyennyt. Tietojärjestelmissä tämä on johtanut siiloutumiseen omille kapeille alueilleen. Toisaalta siilouttaminen on lähtenyt jo ministeriöiden tasoilta ja jatkunut aina muille tasoille muun muassa ikäryhmittäisin tarpein.

Tietojärjestelmäintegraatio on tehtyjen haastattelujen perusteella perustunut harvoin asiakaslähtöiseen ajatteluun. Ajatus asiakkaan osallistumisesta ja yhteistuottajuudesta on toteutunut lähinnä periaatteellisella tasolla, mutta tietojärjestelmien käytännöissä se ei realisoidu yksittäisiä yrityksiä lukuun ottamatta (esim. Suuntima-palvelu Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä). Kansalainen on tavallaan unohdettu, kenelläkään ei ole ollut – ohjelmistokehityksen kielellä ilmaistuna - omistajuutta kansalaisesta. Siinä missä organisaatiota voi pilkkoa erilaisiin toiminnallisiin osiin, niin asiakasta ei. Kyse ei lopulta ole ollut välttämättä rahasta, sillä nykyisiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiin on käytetty vuosien varrella suuret määrät rahaa mutta suunnittelemattomuuden vuoksi tehottomasti. Ongelmana on ollut tietojärjestelmäkentän hajanaisuus, kokonaisvaltainen prosessinhallinta on puuttunut. Yksittäiset integraatiotoimet ovat saattaneet olla hyviä, mutta yleisenä ongelmana on silti se, ettei tieto kulje. Tämä on näkynyt muun muassa asiakkaan turhana ”pallotteluna”. Sosiaalihuollon osalta on korostunut osittain lainsäädännön puutteet ja rekisterien eri pitäjät (asiakasasiakirjat).

Tietojärjestelmien integroinnissa on otettu pieniä askelia eri tasoilla (mm. virtuaalikelinikat). Usein on edetty niin, että ensin integroidaan palveluja ja vasta myöhemmin mietitään, miten tietojärjestelmät saadaan tukemaan palveluintegraatiota. Kokonaisarkkitehtuurinäkemys on puuttunut. Tämä siitähin huolimatta, että tietojärjestelmät nähdään olevan avainasemassa. Tällainen kehittämistapa saattaa johtaa esimerkiksi työntekijöiden kannalta kokonaisnäkemyksen - ja tietojärjestelmien ja palveluiden siihen kuulumisen - hämärtymiseen. Tietojärjestelmä saatetaan kokea professionaalista autonomiaa rajoittavaksi (esim. Pyöriä 2001).

Syyksi, ettei integraatio toteudu järjestelmien tasolla, esitetään lainsäädännön puutteita. Prosesseja ei ole voitu yhdistää, koska ”lainsäätäjät ei niin ole halunnut”. Kuitenkin todellisuudessa syynä ei usein ole niinkään laki vaan lain varovainen tulkinta kunnissa. Organisaatiossa se asemoidaan mielellään nimenomaan tietojärjestelmien ongelmaksi, ei tulkinnan ongelmaksi. Myös järjestelmien hankinta on ollut hankalaa markkinoista johtuen. Tiedot ovat pysyneet piilossa järjestelmän toimittajan takana. Osittain toimittajista johtuen on saatettu ajautua umpikujaan, niin sanottuun toimittajaloukkuun. Tulevaisuuden tietojärjestelmät pohjautunevat enemmän modulaarisiin ratkaisuihin, jolloin myös pienillä ja keskisuurilla ohjelmistoyrityksillä on mahdollisuus osallistua kehittämisohjoihin. Vaikka ajatusmaailmassa on tapahtunut ja tapahtumassa muutos, niin yhä esimerkiksi ODA:ssa (Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut) rajattiin kilpailutuksesta pois pieniä toimijoita liian suurien kokonaisuuksien takia. Jäljelle jäivät entiset toimittajat.

Yleisiä ongelmia tai esteitä tietojärjestelmäratkaisuihin ovat olleet muun muassa:

- hallinnon pirstaloituminen: päättäjiä joka yksikössä
- eri hallinnonalojen tiedon siirtäminen vaikea
- ratkaisut ovat perustuneet liikaa ”paperipohjaisesta sähköiseksi” -lähestymistapaan.

Alueellisten kokemusten mukaan yksi yhteinen järjestelmä on ollut erityisen hyvä asiakkaan kannalta, koska tiedot siirtyvät aina asiakkaan mukana. Sosiaalityössä hankaluutena ovat olleet alueellisen toimijan tarvitsemat tietopyynnöt kunnille: tieto on ollut saatavilla vasta pyyntöpäättöksen jälkeen. Tietojärjestelmien integraatio on nähty erityisesti terveydenhuollon tietointensiivisyytensä vuoksi olennaiseksi ”liimaksi”, joka on sitonut yhteen palvelutoiminnan kehittämistä.

Vaikka kansainvälisessä vertailussa Suomi on tietojärjestelmien osalta sijoittunut korkealle, niin lähemmin tarkasteltuna sisältö on kuitenkin ollut kapea. Integraatio ei ole toteutunut vuosien varrella koko sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin laajuudessa. Toisaalta tietojärjestelmät ovat integroitu hyvin Kanta-palveluihin. Kanta-palveluihin liitettävien tietojen merkitys tulee korostumaan entisestään, mikäli valinnanvapaus toteutuu. Kyse on lähinnä siitä, ovatko Kanta-palveluiden tiedot riittäviä kokonaisvaltaisen integraation kannalta. Tulevaisuuden tietojärjestelmät, mukaan lukien kokonaisuuteen integroitavat kansalaisten omat järjestelmät ja alueiden omahoitopalvelut, ovat osittain vasta suunnittelupöydällä. Lähimpänä käyttöönottoa on Apotti ja UNA-määrittelyjen toteutukset. Näkökulma ”yli palvelun” sekä asiakkaan polkujen ymmärtäminen olisi kuitenkin vaatinut huomiota jo aiemmin.

Tietojärjestelmien integraatioon liittyy asiantuntijoiden mukaan seuraavia ongelmia:

- ICT:n osalta johtamismallit muuttunevat kankeammiksi
- asiakkaan ja potilaan kokonaishallinta (omistajuus)
- digitaalisuus ja innovatiivisuus; onnistuuko kokeilujen testaus uudessa mallissa
- muutos vaatii johtajuutta (esimerkiksi vasta 2–3 vuotta Eksoten perustamisen jälkeen on pystytty kiinnittämään huomiota työntekijöihin)
- koulutustarve työpaikoilla tulee olemaan suuri.

Sote-uudistukseen kaavailussa valinnanvapaudessa korostuu eri rekisterinpitäjien ongelma, joka herättää avoimia kysymyksiä:

- Miten tietoja voidaan hyödyntää, koska kaikkia mahdollisesti tarvittavia tietoja ei siirretä Kanta-palveluihin?
- Kuinka paljon ja missä tahdissa Kanta-palvelut tulevat laajentumaan tulevaisuudessa?
- Miten EU:n tietosuojakäytännöt vaikuttavat?

Yleisiä trendejä, jotka ohjaavat tietojärjestelmien kehitystä tulevassa muutoksessa ovat:

- tietopalveluissa vahva keskittämisen strategia
- rajapintojen avoimuus ja kansainvälisten standardien käyttäminen
- tietojen jalostusasteen kasvattaminen
- markkinoiden avaaminen (Apotti, UNA)
- asiakkaiden mukaan ottaminen
- sähköiset asiointipalvelut (omatieto).

### 3.4 Palvelu- ja tietojärjestelmäintegraation hyvät käytännöt Suomessa

#### Analyysi

Tämän alaluvun tarkoitus on yksilöidä hyviä käytäntöjä edellisten alalukujen (3.1–3.3) havaintojen pohjalta. Yhteenvedonomaiset ”politiikkasuositukset” perustuvat siis raportoituihin empiirisiin aineistoihin. Ideana on jäsentää jo kerättyä ja raportoitua tutkimusaineistoa uudesta näkökulmasta. Analyysissa raportoidaan sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen että tietojärjestelmien hyviä käytäntöjä.

Analyttisenä viitekehyksenä sovelletaan sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta Euroopan laatu-palkintomallia / Common Assessment Framework -mallia ja tietojärjestelmien osalta Euroopan komission EIF-mallia (European Interoperability Framework). Mainittujen viitekehysten avulla voidaan luoda kokonaisvaltainen näkökulma palvelujen ja tietojärjestelmien hyvistä käytännöistä. Tarkoituksena on tuottaa systemaattinen kuva siitä, miten palveluintegraatiota kannattaa edistää kytkemällä palveluja koskeva integraatioajattelu asiakas- ja potilastietojärjestelmien integraatioon. Lautupalkintomalleissa (EFQM ja CAF) erotetaan viisi organisaatiokontekstista riippumatonta toimintatapa-aluetta, jotka liittyvät johtamiseen, strategiseen suunnitteluun, henkilöstöön, toiminnanohjaukseen ja prosessien johtamiseen (EFQM 2012). EIF-viitekehyksessä tietojärjestelmien yhteentoimivuuden tasoja suositellaan huomioitaviksi, kun EU-maissa kehitetään julkisia palveluja ja tietojärjestelmiä. Viitekehyksen lähtökohtana on, että tietojärjestelmien toimivuuden arvioinnissa otetaan huomioon poliittinen tahtotila sekä lainsäädännöllinen, organisatorinen, semanttinen ja tekninen yhteentoimivuus (European Commission 2011b).

Taulukossa 3 esitetään analyysimme johtopäätökset. Analyysin perusideana on tuoda esille ajattelutapa, jossa tietojärjestelmien kehittäminen ja uudistaminen on alisteista palveluintegraation etenemiselle. Tästä syystä olemme rakentaneet analyysiimme liittyvän tulkintamallin niin, että vasemmalla sarakkeella esitetään EFQM/CAF -viitekehykseen perustuva kysymys ja sen jälkeen asiaa pohditaan palveluintegraation ja edelleen tietojärjestelmien näkökulmasta. Tämä saattaa kuulostaa itsestään selvältä, mutta se ei todellakaan ole sitä. Perustamme väitteemme siihen, että Suomessa on ollut tapana kehittää palveluprosesseja (ja palveluintegraatiota) usein pelkästään olemassa olevien tietojärjestelmien perustalta. Sen sijaan voitaisiin ensin uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosesseja ja vasta sen jälkeen rakennettu tai uudelleen asemoitu tietojärjestelmät siten, että niiden avulla tuettaisiin palvelujen uudistamista, ja jopa uudistettaisiin palveluja nimenomaan parempaa asiakas- ja potilaslaatua silmällä pitäen.

Julkisen politiikan ohjauksen sisällöt ja keinot vaihtelevat sen sisältöalueesta riippuen (esim. Birkland 2016; Colander & Kupers 2014). Sama politiikkainstrumenttien keinovalikoiman variointi näkyy myös julkisessa terveyspolitiikassa (Weissert & Weissert 2012). Taulukossa 3 esitettävä analyysi perustuu oletukseen, että palvelujen ja tietojärjestelmien integraatiossa on olemassa erilaisia julkisen politiikan lähtökohtia. Niin sosiaali- ja terveyspalveluja kuin tietojärjestelmiä ”sitovat” ja ”säätävät” tällä hetkellä erilaiset julkisen politiikan instrumentit, jotka liittyvät informaatio-ohjaukseen, taloudellisten resurssien ohjaukseen ja juridiseen ohjaukseen (esim. käynnissä olevan maakunta- ja sote-uudistuksen lainsäädäntökokonaisuus, tietojärjestelmien ”EIF-politiikka” unionitasoisessa informaatio-ohjauksessa ja niin edelleen).



**Taulukko 3. Palveluintegraation ja tietojärjestelmäintegraation hyvät käytännöt**

<div>Hyvä käytäntö</div> <div>Näkökulma</div>	<div>Palveluintegraatiota koskeva hyvä käytäntö</div>	<div>Miten tietojärjestelmillä / -hallinnolla voidaan tukea palvelujen integraatiota ja uudistamista?</div>
Johtaminen		
Miten johtamisella voidaan vaikuttaa integraatioon?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Johtamisen toimintatapa-alueilla on organisaatiossa ratkaiseva merkitys siihen, millaisia tuloksia palveluorganisaatio saa aikaiseksi. Jos palveluintegraatiota ei ole tunnistettu johtamisen avainalueeksi, aikaansaannokset palveluintegraatiossa jäävät vaatimattomiksi. (Ks. tästä esim. Jing &amp; Avery 2016; Kovjanic, Schuh &amp; Jonas 2013.)</li> <li>Horizontaalinen palveluintegraatio edellyttää organisaation sisäisten johtamiskäytäntöjen yhteneväisyyttä sekä organisaation rajoja ylittävää palveluintegraation perustuvaa johtamiskäytöstä. (Esim. Kurkela, Virtanen, Stenvall &amp; Tuurnas 2016.). Keinoja ovat esimerkiksi muutosjohtajuusvalmennus, johtamiskoulutus ja vertaiskehittäminen (benchmarking).</li> <li>Vertikaalinen palveluintegraatio edellyttää verkostojohtamista, jolla hallitaan monitoimijasta verkostoa. Palvelutuotanto, palvelutuotannon koordinaatio ja palvelutuotantoa koskeva päätoimintakenttä ovat verkostojohtamisen keskeinen sisältö. (Esim. Molin &amp; Masella 2016.) Keinoja samat kuin edellisessä kohdassa.</li> <li>Palveluintegraatio edellyttää sekä ihmisten johtamista (leadership) että asioiden hallintaa (management). Oleellista on, että johtamisen kautta kyetään linjaamaan integraatiota sekä yhdistämään eri toimijoiden intressejä ja vähentämään muutosvastarintaa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tietojärjestelmien uudistamisen taustalla oleva tahtotila ja visiot mahdollistavat palveluprosessien kehittämisen ja integraation.</li> <li>Tietojärjestelmäintegraatiossa on otettava huomioon, että tietojärjestelmiin tehtävät muutokset vaikuttavat usein eri professioiden ja eri henkilöstöryhmien kokemaan työn ja järjestelmien hallintaan.</li> </ul>
Millaista johtamista edistää integraatiota?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asiakaslähtöiseen ajatteluun ja asiakasprosessien johtamiseen perustuvat johtamisen toimintatavat edistävät merkittävästi tavalla palveluintegraation onnistumisen edellytyksiä. (Esim. Virtanen &amp; Stenvall 2017) Integraatio toteutuu parhaiten "asiakas keskelle" -ideologialla.</li> <li>Palvelulähtöinen palveluliiketoiminnan johtaminen perustuu ajatukseen, että palveluprosessissa tuotetaan palvelujen käyttäjälle palveluprosessia ja palvelutuotteita, mikä edistää kokonaisvaltaista asiakasymmärrystä ja palveluintegraation näkökulmaa (esim. Maglio &amp; Breidbach 2014; Maglio &amp; Spohrer 2013; Vargo &amp; Lusch 2008).</li> <li>Yhtenäinen johtamiskäsitys politiikassa ja virkamiesjohdossa vahvistaa palveluintegraation tähtäviä pyrkimyksiä organisaation sisällä ja organisaatioiden muodostamassa toimijaverkostossa.</li> <li>Kokeilukulttuurin rakentaminen ja kehittämiseen panostaminen lisäävät parhaimmillaan organisaatiossa innovatiivisuutta ja toimivien ratkaisujen tunnistamista. (Esim. Kurkela ym. 2016).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tietojohdaminen tulee kytkeä kiinteäksi osaksi varsinaista toimintaa ja sen johtamista.</li> <li>Tietohallinnossa tulee olla organisaation varsinaisen palvelutoiminnan substanssiosaaminen ja -ymmärrys.</li> <li>Organisaatiossa tulee ylimmän ja keskiöjohdon motivoida koko henkilöstöä uusien tietojärjestelmien ja digitaalisten mahdollisuuksien käyttöönotossa. Motivoinnissa ei riitä "iskusanojen" harrastaminen, vaan tietojärjestelmien ja niiden käytön hyödyt on kyettävä artikuloimaan ja todentamaan asiakkaan, henkilöstön ja palvelusysteemin kannalta.</li> </ul>
Strategia		
Millaista strategista suunnittelua ja ennakkointia tarvitaan, jos tavoitteena on palveluintegraatio?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Strategiaprosessi tulee olla luonteeltaan yhteinen ja yhteistyöhön perustuva avoin prosessi, jossa palveluekosysteemin eri toimijat otetaan mukaan strategian laatimiseen. (Ks. tästä esim. Mintzberg, Ahlstrand &amp; Lampel 2009; Venkat &amp; Kerimcan 2013).</li> <li>Strategiaprosessin tuotoksena syntyy asiakastarpeisiin perustuva strategia, joka linkittyy muiden palvelujen tuottajien palvelustrategioihin palveluekosysteemin kokonaisuudessa.</li> <li>Ennakkointiin liittyvät johtamisen toimintatavat mahdollistavat palveluorganisaation resilienssin vahvistumisen (esim. Morton &amp; Lurie 2013).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tulevassa sote-organisaatiossa tulee olla yhteinen maakunnallinen tietoarkkitehtuuri ja -malli, jonka myötä pitäisi olla riittävässä määrin yhteistoiminnallinen kansallisen arkkitehtuurin ja tietomallin kanssa.</li> <li>Palveluekosysteemin toimijoilla tulee olla palvelutuotannossaan käytössä asiakkaita ja asiakkuuksia koskeva semanttinen tieto.</li> </ul>
Millaista suunnittelutietoa tarvitaan integraation mahdollistamiseksi?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suunnittelutiedon tulee olla ajallisesti kolmiulotteista: historiatietoa palvelujen käyttämisestä sekä nykyistä palvelujen käyttöä ja tulevaisuutta koskevaa tietoa. Tieto käsittää palvelujen käyttäjien palvelupreferenssejä sekä väestön terveydentilaa ja hyvinvointiin perustuvaa ennakkointitietoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tietojärjestelmien rajapintojen tulee olla avoimia, standardien mukaisia ja mahdollistaa asiakastiedon ja toiminnanohjaustiedon käyttö johtamisessa.</li> </ul>
Henkilöstö		

Millainen henkilöstöjohtaminen ja osaaminen edistävät integraatiota?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Motivoiva johtamistyyli edistää organisaation tavoitteiden saavuttamista (esim. Barrick, Thurgood &amp; Smith 2015). Tämän takia palveluintegraatio on syytä nostaa merkittävänä teemana esille organisaation strategisena tavoitteena.</li> <li>■ Osaamisen johtamisesta on muotoutumassa keskeinen työhyvinvoinnin sisältöalue. Osaamisen johtamisessa merkittävää on työntekijöiden työn luonteenpiirteiden ymmärtäminen, työtehtäviin liittyvä autonomia ja työsuorituksista annettava palaute (esim. Oldham &amp; Hackman 2005). Johtamisessa tämä tarkoittaa sitä, että organisaation työtehtävät tulee perustella henkilöstölle palveluintegraation periaatteiden näkökulmasta.</li> <li>■ Palveluintegraatiota edistävä työnjako palveluekosysteemissä toimivissa yksittäisissä organisaatioissa ja palveluekosysteemin kokonaisuudessa.</li> <li>■ Professionaalisten rajojen hälvettäminen johtamisen, koulutuksen ja valmennuksen keinoin niin, että eri ammattiryhmät (eri professioiden edustajat) osallistuvat yhdessä samoihin palveluintegraation koulutus- ja valmennustilaisuuksiin. (Esim. Rhodes &amp; Shiel 2007.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tietojärjestelmien käytettävyyden ja toimivuus varmistettava tietojärjestelmien suunnittelussa, pilotoinnissa ja käyttöönottovaiheessa.</li> <li>■ Tietojärjestelmien suunnittelun ja käyttöönoton yhteydessä on edistettävä työntekijöiden koettua hallintaa nykyisissä ja tulevaisuudessa muu- tostilanteessa siten, että henkilöstö on osallisena suunnittelussa.</li> <li>■ Henkilöstölle on tarjottava koulutusta ja valmennusta sekä osaamisen vahvistamista että muutoksessa motivoitumisen edistämiseksi.</li> </ul>
<b>Toiminnanohjaus, resurssien hallinta ja kumppanuudet</b>		
Millainen toiminnanohjaus, tiedonhallinta ja talouden johtaminen edistävät palveluintegraatiota?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Palveluintegraation tavoitteiden ja aikaansaannosten mittarointi ja raportointi palveluintegraation johtamisen mahdollistamiseksi.</li> <li>■ Palveluintegraatiota edistävä tiedolla johtaminen ja palveluintegraatioon fokusoiva raportointi sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijöille. Esimerkiksi massadatan hyödyntäminen lisää integraatiota.</li> <li>■ Organisaation ketteryyden lisääminen vauhdittaa palveluintegraatiota. Erityisesti mahdollisuus uudelleenkohdistaa palveluorganisaation resurssit budjettivuoden aikana ja toimintasuunnitelmien puitteissa. (Doz &amp; Kosonen 2010 ja 2014)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tietojärjestelmien tuottama päätöksentekoa tukeva toimintatieto (sote-digi-alusta, "EIF-organisaatio").</li> <li>■ Alueellinen tietovarasto sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisille vaikutavuus-, tehokkuus- ja tuottavuusindikaattoreille. Haasteena erityisesti se, miten myös ennaltaehkäiseviä toimintoja tukeva tieto saadaan päätöksentekoa pohjaksi ("hyvinvointitietämyksen hyödyntäminen").</li> </ul>
Miten organisaatioiden kumppanuudet vaikuttavat palveluintegraatioon?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Toimijaverkoston integrointi ja osallistaminen palveluekosysteemin palvelutuotannon suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa ja innovaatiotoiminnassa.</li> <li>■ Kumppanuusperusteiset hankintakäytännöt ja eri hankintamuu- tojen laaja-alainen soveltaminen (esim. käänteiset kilpailutukset, innovatiiviset hankinnat ja niin edelleen).</li> <li>■ Kumppanuuksien rakentamisessa on julkisella sektorilla tärkeä käynnistävä rooli.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tietojärjestelmien kehittäminen vaatii nopeita ja osin radikaaleja muutoksia, tietojärjestelmien kehittämistä ja muutoksia johtamisprosesseissa.</li> <li>■ Tiedon avoimuus palveluekosysteemissä.</li> </ul>
<b>Toimintaprosessit</b>		
Miten palvelujen käyttäjien osallisuus vahvistaa palveluintegraatiota?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Palveluorganisaatioiden toimintaprosessit (ja niihin liittyvät "palvelupaketit") tulee tunnistaa, määritellä, nimetä, ja johtaa asiakkaiden eli palvelujen käyttäjien tarpeisiin perustuen.</li> <li>■ Siirtymä asiakaskeskeisestä ajattelusta kohti asiakaslähtöistä toimintatapaa vauhdittaisi palveluintegraatiota sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tällä tarkoitetaan käytännössä sitä, että "pelkästä" palvelujen käyttäjien palvelutarpeiden moniammatillisesta määrittelystä siirrytään kohti sellaista toimintamallia, joka ottaa palvelujen käyttäjät tasavertaisina toimijoina huomioon palvelujen suunnittelu- ja toteutusprosessissa.</li> <li>■ Palveluekosysteemin osaamista yhteisluomisen (co-creation) käytännöistä tulee lisätä merkittävästi, koska palvelujen käyttäjien mukaan ottaminen palveluprosessien suunnitteluun edistää palveluintegraatiota ja tekee palvelutuotannosta asiakkaiden ja palvelujen käyttäjien näkökulmasta mielekkäämpiä. (Esim. Tuurnas 2016)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kansalaisten ja palvelujen käyttäjien palveluja koskeva valinnanvapaus edellyttää tietoa saatavilla olevista palveluista ja palvelujen integraatiota.</li> <li>■ Tietojärjestelmien kehittämisessä mahdollistettava aktiivinen rooli sekä kansalaisille että varsinaisen toiminnan ammattilaisille.</li> <li>■ Tietojärjestelmien tulee tehdä mahdolliseksi kansalaisten tarpeiden mukaiset integroidut palvelut (prosessin implementaatio "tieto seuraa asiakasta" -periaatteella)</li> <li>■ Tietojärjestelmien ammattilaisten kannalta: käsitykset toiminnallisista prosesseista yhdenmukaistettava yhtenäisillä geneerisillä prosessimalleilla, jotka perustuvat yhteisesti sovittuihin tietomalleihin (myös eri organisaatioiden kesken).</li> </ul>
Onko palvelujen digitalisoinnilla merkitystä palveluintegraatiossa?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Yhteiskunnan systeemiset muutostekijät – Internet of Things, robotiikka, tekoäly, nanoteknologia – vaikuttavat radikaalisti siihen, miten palveluekosysteemin palveluorganisaatiot jatkossa toimivat (esim. Virtanen &amp; Kaivo-oja 2015).</li> <li>■ Julkisten palvelujen digitalisointi luo uudenlaisia foorumeita palvelujen yhteiskehittämiseen ja lisää palvelujen käyttäjien tietoisuutta saatavilla olevista sosiaali- ja terveyspalveluista,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tietojärjestelmien kehittämisessä on otettava huomioon asiakkaiden palvelujen käyttöön liittyvät digitalisoinnin haasteet (esimerkiksi uudenlainen sensoriteknikka ja siihen liittyvät digitaaliset mahdollisuudet palvelujen parempaan kohdentamiseen).</li> </ul>



	millä on merkitystä muun muassa palvelujen käyttöön liittyvän lisääntyvän valinnanvapauden näkökulmasta.	miseen).
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Taulukosta 3 käy ilmi, että palveluorganisaatioiden toimintatapoihin liittyy useita hyviä käytäntöjä, joita voidaan ottaa käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraation vauhdittamiseksi. Seuraavassa esitämme ”pähkinänkuoressa” yhteenvedon hyvistä käytännöistä taulukon perustana olleisiin viitekehyksiin liittyen.

## Integraatiota koskevat hyvät käytännöt

### Hyvien käytäntöjen siirrettävyydestä

Arviointitutkimuksen alueella on hyvin erilaisia näkemyksiä siitä, kuinka siirrettäviä arviointitutkimuksen tulokset ovat ja millainen on yleistettävyyden aste yhden tapaustutkimuksen perusteella (esim. Gomm, Hammersley & Foster 2000). Kenties jyrkimmän kannan yleistettävyyden kysymykseen ovat ottaneet Lincoln ja Guba (2000), jotka ovat kategorisesti todenneet, että arviointitutkimuksessa ainoa yleistettävissä oleva asia on se, ettei mitään voida yleistää. Guban ja Lincolnin kanta on, että kukin arvioinnin kohteena oleva toiminta – projekti, ohjelma, innovaatio – on aina konteksteineen uniikki tapaus, mistä seuraa yleistettävyyden mahdottomuus (Guba & Lincoln 1989).

Evidenssiperusteinen arviointimalli korostaa kysymyksiä ”mikä toimii ja millä edellytyksillä” (Clarke 2006). Arviointimalli liittyy läheisesti evidenssilähtöiseen päätöksentekoon julkisen politiikan alueella ja sen tausta-ajattelu on kehittynyt keskeisiltä osin evidenssiperustaisen lääketieteen alueella (evidence-based medicine), jossa terveydentilaa koskeva ongelma ratkaistaan prosessuaalisessa toimintosarjassa (kliinisen ongelman määrittely, ongelmaa koskeva tieteellinen evidenssi, kliinistä ongelmaa koskevan hoitomuodon yksilöinti evidenssiin perustuen, valitun hoidon toteuttaminen ja sitä koskeva arviointi; ks. Mykhalovsky & Weir 2004).

Evidenssilähtöisen arviointiajattelun viitekehyksen sovelletaan Pawsonin ja Tilleyin (1997) realistista arviointimallia. Mallissa korostuu kolme näkökulmaa: arvioinnin kohteena oleva interventio eli *mekanismi* (projekti, ohjelma, hyvä käytäntö, innovaatio, tms.), intervention myötä aikaansaadut *vaikutukset* ja intervention *toteutuskonteksti* (ajallinen, spatiaalinen, kulttuurinen tms.). Yksinkertaistaen realistisessa arvioinnissa on kyse CMO-periaatteesta, jossa konteksti (Context), interventiomekanismi (Mechanism) ja intervention vaikutukset (Outcome) suhteutetaan toisiinsa.

Seuraavassa hyvien käytäntöjen siirrettävyyttä on pohdittu siitä näkökulmasta, että esitettävät hyvät käytännöt – sekä palveluissa että tietojärjestelmissä – ovat luonteeltaan geneerisiä, kontekstista toiseen siirrettävissä olevia, olivatpa tarkastelukontekstit sitten ajallisia, spatiaalisia tai kulttuurisia. Ajatus on, että ”pähkinänkuoreen” kiteytetyt hyvät käytännöt ovat tutkijaryhmän käsityksen mukaan valideja kaikkialla Suomessa ja koskevat kaikkia tulevia maakuntaorganisaatioita.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaatioiden vertailemisen ongelmaa valittu näkökulma geneerisistä toimintamalleista ei kuitenkaan poista, koska vertailukehittämistä (benchmarking) tarvitaan jatkossa paikallisesti, alueellisesti ja valtakunnallisesti sosiaali- ja terveyspalveluja kehitettäessä. Tällöin kannattaa muistaa esimerkiksi Pfefferin ja Suttonin (2006) esiin nostama huoli sellaisesta vertailukehittämisestä, joka pahimmillaan on järjetöntä toimintamallien kopiointia. Vertailukehittämisen pulmana on heidän ajattelunsa mukaan se, että

vertailukehittäjät tyytyvät arvioimaan usein pelkkää toimintaa mutta ei sitä, miten organisaatioissa ajatellaan.

### **Palveluintegraation edistäminen**

Taulukossa 3 tuotiin esille palveluintegraation edistämisen reunaehdot organisaatioiden eri toimintatapa-alueilla (johtaminen, strategia jne.). On syytä huomauttaa, että asiakaslähtöinen palvelukulttuuri on tavallaan ehdoton edellytys sille, että integraatio ylipäänsä voisi kehittyä. Mikäli johtaminen, strategian, henkilöstön, toiminnanohjauksen, resurssienhallinnan, kumppanuuksien ja prosessien johtamisen lähtökohtana ei pidetä asiakaslähtöistä toimintamallia ja palvelukulttuuria, palveluintegraation saavuttaminen jää korkeintaan juhlapuheiden tasoiseksi liturgiaksi. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaatioiden johtotähtinä tulee jatkossa olla asiakas- ja potilastarpeiden ymmärtäminen ja palvelujen käyttäjien mukaan ottaminen palvelujen uudistamiseen. Tilannetta ei tee helpoksi se, että palvelujen tuottaminen moninaistuu entisestään jatkossa. Palvelujen tuottamisen perustaksi vahvistuu tulevaisuudessa aikaisempaa enemmän ajatus palveluja tuottavista hybridiorganisaatioista, jotka tuottavat yhteistyössä – yhteisillä palveluketjuilla – lisäarvoa palveluja käyttäville asiakkaille ja potilaille.

Seuraavassa esitetään ajatuksia taulukkoon 3 perustuen siitä, miten palveluintegraatiota tulisi edistää ja mitkä seikat ovat avainasemassa palveluintegraation rakentamisessa.

**Johtaminen** on palveluintegraation onnistumisen kannalta avainasemassa. Jos palveluintegraatiota ei ole tunnistettu johtamisen avainalueeksi, aikaansaannokset horisontaalisessa ja vertikaalisessa palveluintegraatiossa jäävät vaatimattomiksi tai kokonaan saavuttamattomiksi. Maakuntaorganisaatioissa palveluintegraation edellytyksenä on poliittisen johdon ja virkamiesjohdon yhteneväinen käsitys integraation tarpeesta, tavoitteista ja keinoista. Horisontaalinen integraatio edellyttää palveluorganisaation – ja palveluekosysteemin – johtamiskäytäntöjen sisäistä yhtenäisyyttä. Vertikaalisen integraation kulmakivenä on palveluintegraatioon tähtäävä verkostojohtaminen ja -hallinta sekä näitä tukeva innovaatiotoiminta ja kokeilukulttuurin synnyttäminen. Palveluintegraatiossa merkittävässä roolissa on palvelulähtöinen liiketoiminnan johtaminen, joka perustuu ajatukseen, että asiakkaalle tuotetaan palvelutuotteiden lisäksi myös palveluprosessia. Tämä edistää kokonaisvaltaista asiakasymmärrystä.

**Strategia** luo edellytyksiä palveluorganisaatiolle ja palveluekosysteemin muille toimijoille. Palveluintegraatiota edistää, jos valittu strategia laaditaan yhteisenä oppimisprosessina palveluekosysteemiin kuuluvien organisaatioiden toimesta ja jos palveluja koskeva horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio tunnistetaan strategiassa keskeiseksi tavoiteltavaksi asiaksi. Strategiatyön lähtökohtana tulee olla asiakaslähtöinen ajattelu palvelujen suunnittelusta, tuotannosta ja niiden vaikuttavuuden arvioinnista. Strategiaa luodaan ajallisesti kolmiulotteisen tiedon varassa (historiatietoa, palvelujen nykyistä käyttöä kuvaava tieto ja palvelujen tulevaa käyttöä koskeva ennakointitieto).

**Henkilöstö** rakentaa käytännössä palveluorganisaation palvelukulttuurin. Integraation onnistumisen kannalta on kriittistä, miten henkilöstöä johdetaan kannustavasti ja motivoivasti palveluintegraation tavoitteita kohti. Palveluintegraation tematiikka nousee avainasemaan osaamisen johtamisessa ja sosiaali- ja terveydenhuollon tunnetusti vahvojen professioiden välisten raja-aitojen madaltajana. Henkilöstöä tulee palkita palveluintegraation edistämisestä ja asiakaslähtöisen palvelukulttuurin vahvistamisesta.

Palveluorganisaation **toiminnanohjaus, resurssien hallinta ja kumppanuudet** tulee tunnistaa palveluintegraation mahdollistajiksi. Toiminnanohjauksessa on oleellista, että palveluinte-

graation eteneminen vaiheistetaan mitattaviksi tavoitteiksi ja päätöksentekoa tukeva maa-kunnallinen toiminnanohjausmalli ottaa mittaroinnissa huomioon palveluintegraation etene- mistä kuvaavat tunnusluvut ja tiedon keräämisen. Organisaatiotasolla resurssien hallinta järjestetään niin, että resurssien uudelleen kohdentaminen budjettivuoden aikana on mahdol- lista – palveluintegraation edellyttämällä tavalla. Kumppanuuden hallinnan kannalta palve- luekosysteemin organisaatiotoimijat muodostavat kokonaisuuden. Palveluintegraatio edistyy, jos julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin organisaatiotoimijat rakentavat yhteistyössä integraatiota edistäviä sosiaali- ja terveydenhuollon strategioita. Yksittäisen palveluorganisaat- ion näkökulmasta tarvitaan tällöin uudentyyppistä kumppanuusstrategista ajattelua, missä kumppanuus perustuu pitkäaikaiseen kumppanuusajatteluun. Hankintakäytäntöjen tulee tu- kea tällaista pitkäjänteistä kumppanuuspolitiikkaa paikallisissa ja alueellisissa ”palvelutilois- sa”.

Palveluorganisaation **toimintaprosessit** edistävät palveluintegraatiota, jos ne tunnistetaan, nimetään, määritellään ja johdetaan asiakaslähtöistä ajattelutapaa noudattaen. Tällöin var- mistetaan, että toimintaprosessit perustuvat palvelujen käyttäjien tarpeisiin. Käytännössä edellä sanottu merkitsee huomattavaa siirtymää sosiaali- ja terveyspalveluissa: asiakas- kesisestä ajattelusta ollaan etenemässä kohti palvelujen käyttäjät paremmin huomioon ottavaa asiakaslähtöistä toimintamallia. Asiakaslähtöisessä toimintamallissa palvelujen käyttäjät ovat aktiivisia toimijoita palveluja kehitettäessä ja uudistettaessa.

### **Asiakas- ja potilastietojärjestelmäintegraation edistäminen**

Tietojärjestelmäintegraation edistämässä keskitytään, EIF-kehiksen mukaiseen, poliittiseen (toimintapolitiikka, policy) sekä organisatoriseen yhteentoimivuuteen. Poliittisen tason tavoit- teena osapuolten välille vaaditaan samansuuntaiset visiot, prioriteetit ja tavoitteet. Organisa- torisella tasolla olennaista on muun muassa toiminnallisten prosessien käsitysten yhdenmu- kaistuminen. Semanttinen yhteentoimivuus – missä tiedolla on yhteisesti sovittu merkitys, ja se myös välittyy sisällöltään ymmärrettävästi – saavutetaan edellisten pohjalta. Teknistä yh- teentoimivuutta tässä tutkimuksessa ei ole tarkoituksenmukaista käsitellä, koska sen edelly- tys on aikaisempien tasojen yhteentoimivuuden varmistaminen. Lainsäädännöllistä yhteen- toimivuutta tarkastellaan alaluvussa 3.5.

Kokoavasti voidaan sanoa, että Suomessa on viime vuosikymmeninä ollut vahva tahtotila asiakas- ja potilastietojärjestelmien välisten rajapintojen avoimuuden parantamisessa. Tällä hetkellä integraatiokehitys<sup>11</sup> on niin kiivasta, että tässä tutkimuksessa on syytä keskittyä yksi- tyiskohtien sijasta palveluintegraatiota tukeviin periaatteellisiin seikkoihin.

Jo toteutunutta tai suunnitteilla olevaa työtä on jatkossa syytä kehittää selkeillä poliittisilla linjanvedoilla ja valtakunnallisella ohjauksella. Tämä on oleellisen tärkeää, koska palveluin- tegraation onnistuminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita koskevaa tietoa, jolla on yhteinen semanttinen ja toiminnallinen merkityssisältö. Yhteisesti sovittujen tietomää- ritysten edelleen kehittäminen ja laajentaminen vauhdittavat palveluintegraatiota varsinkin tilanteessa, jossa tietomääritykset kattavat mahdollisimman suuren osan sosiaali- ja tervey- denhuollon toiminnallisesta tietosisällöstä. Näin meneteltäessä vältetään kenties merkittävän tietojärjestelmäintegraation ongelma, joka ei liity niinkään tietojärjestelmiin sinänsä, vaan korostetummin palvelujen ja tietojärjestelmien väliseen integraatiokuiluun. Integraatiokuilun välttäminen voidaan aloittaa varmistamalla poliittinen ja organisatorinen yhteentoimivuus.

Tietojärjestelmien integraatio näyttää etenevän sote-uudistuksessa erilaisiin suunnitelmiin ja periaatteisiin tukeutuen. On kuitenkin näkökohtia, joita tietojärjestelmien kehittämistyössä

<sup>11</sup> Esimerkiksi Kanta-palveluissa kehitetään kansalaisen omien terveys- ja hyvinvointitietojen tallennus- ja omatietovarantoa (tuotantokäyttöön tulossa syksyllä 2017). Vastaavasti ns. MyData eli omadata-ajattelun mukaan ihmisille tulee tarjota käytännöllinen mahdollisuus hallita, hyödyntää ja luovuttaa eteenpäin heistä kerättyä henkilötietoa. Tähän on varauduttu, ja sitä on mahdollistettu, myös EU:n tietosuojalainsäädännöllä.

tulisi tämän tutkimuksen empiirisen aineiston perusteella ottaa huomioon. Ensinnäkin tutkimuksen aineistossa korostuu asiakkaan, palvelujen käyttäjän asema. Sote-uudistuksen tausta-aineistoissa tähän viitataan määrittelemättömästi asiakaslähtöisyytenä. Toinen seikka on tietojärjestelmien rooli uudistuksen kokonaisuudessa. Tietojärjestelmien todetaan tukevan varsinaista toimintaa, jolloin joidenkin esimerkkien kautta osoitetaan tietojärjestelmän toivottava rooli. Ongelmana edellisessä on kuitenkin kokonaisuuden määrittelemätön hajanaisuus. Hyviä kysymyksiä ovat edelleen: miten asiakaslähtöisyys toteutuu käytännössä, miten asiakas- ja potilastietojärjestelmät tukevat asiakaslähtöistä toimintamallia ja miten asiakas- ja potilastietojärjestelmien kokonaissuunnittelu etenee?

Seuraavassa hahmotellaan linjauksia, miten asiakaslähtöistä asiakas- ja potilastietojärjestelmien poliittisen ja organisatorisen tason kokonaissuunnittelua voisi vahvistaa.

Asiakaslähtöisten palvelujen lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet ja oma toiminta. Kokonaissuunnitelman pohjan muodostavat siten asiakaslähtöisesti toteutettavat palvelut. Tietojärjestelmän rooli on tukea ja mahdollistaa palvelua. Tämä saattaa kuulostaa triviaalilta toteamukselta. Havainto on kuitenkin merkittävä. Ongelmana Suomessa on usein ollut se, että kii-vaassa kehittämistahdissa toisessa työryhmässä kehitetään palvelua ja toisessa asiakas- ja potilastietojärjestelmää. Vastaavasti uudet tietoon – sen keräämiseen, käsittelyyn ja hallintaan – pohjautuvat ratkaisut (massadata, omadata, avoin data) saattavat osaltaan hämärtää asiakaslähtöistä kokonaisnäkemyä. Toimintapolitiikassa asiakaslähtöisyyden vahvistaminen vaatii ensinnäkin käsitteellistä yhtenäisyyttä, jolloin asiakaslähtöisyyden merkitykset muotoillaan selkeiksi yhteisiksi tavoitetiloiksi (esimerkiksi asiakkaan osallistuminen toiminnan suunnitteluun). Toiseksi se vaatii sitoutumista, jolloin jo tietojärjestelmien suunnitteluvaiheessa asiakaslähtöisyys on toimijoita (niin asiakkaita, henkilökuntaa kuin organisaatiotakin) yhdistävä suunnitteluperiaate. Samalla se on näkökulma, jolla ”pakotetaan” fokus kansalaiseen ja siten myös palveluajatteluun.

Asiakaslähtöisessä kokonaissuunnittelussa kyse voisi olla kokonaisarkkitehtuurin mukaisesta tavoitetilan etsimisestä. Kokonaisarkkitehtuurissa tavoitetilan kuvaaminen alkaa periaatetasolta ja etenee toiminnan kautta siihen, mitä teknisiä ratkaisuja tarvitaan. Miksi tämä ei toimi tai se koetaan hankalaksi toteuttaa? Eräs syy tähän on, että kokonaisarkkitehtuuri mielletään sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön toiminnassa tietotekniikkaan kuuluvaksi, tekniseksi lähestymistavaksi. Tämän tutkimuksen empiirisen aineiston valossa olisi hedelmällisempää käyttää käsitteen *kokonaisarkkitehtuuri* sijasta käsitettä *kokonaissuunnittelu*. Näin korostetaan toiminnan ja toimijuuden osallisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen uudistamisessa; asiakaslähtöisyyden käytännöt kumpuaisivat ammatillisista lähtökohdista, mutta myös yhteistyöstä tietohallinnon kanssa.

Usein unohdettu ja siksi merkille pantava seikka on se, että asiakas- ja potilastietojärjestelmä yhtäältä edistää asiakaslähtöisyyttä tai toisaalta haittaa kehitystä erilaisten kielteisten vaikutusten seurauksena. Esimerkiksi tietojärjestelmäintegraatio saattaa kyllä lisätä palveluorganisaation tehokkuutta, mutta samanaikaisesti se voi myös vähentää henkilöstön kokemaa työn hallintaa tai ammatillista autonomiaa. Kokonaissuunnittelulla, jossa mukana on palveluja käyttävä asiakas, työntekijä ja palveluorganisaatio, varmistetaan palvelun tasapainoinen kehitys. Perusteena tällaiselle ajattelulle on, että asiakas- ja potilastietojärjestelmä vaikuttaa asiakaslähtöisessä palvelukohtaamisessa jokaiseen tahoon.

Asiakaslähtöisyyden välttämätön edellytys on palvelutapahtuman tunnistaminen. Sen myötä asiakaslähtöisyys saa erilaisia merkityksiä siihen liittyen, mitkä tahot mielletään palvelutapahtuman osapuoliksi. Kun kyse on useamman osapuolen palvelutapahtumasta, on ymmärrettävä myös hierarkian ja vallan läsnäolo. Asiakaslähtöisyyden sisältö syntyy asiakkaan huomi-

oon ottamisesta ja tällöin tulisi purkaa hierarkioita sekä tasoittaa valta-asemien välisiä eroja eri osapuolten kesken myös asiakas- ja potilastietojärjestelmien keinoin. Tämä olisi mahdollista esimerkiksi vaikutussuhdeanalyysillä, jolla varmistettaisiin, ettei tietojärjestelmän avulla korosteta tahtomattaan valtasuhteiden dominanssia minkään tahon suuntaan.

Kiteyttäen voidaan siis sanoa, että olennaista edellisen mukaisesti on palvelun tarjoaminen ja vastaanottaminen – palvelukohtaaminen. Palvelutoiminnassa kohtaavat enemmän tai vähemmän kasvokkain tai teknologian välityksellä palvelua vastaanottava asiakas, palvelua toteuttava työntekijä ja palveluympäristön tarjoava palveluorganisaatio. Asiakkaan näkökulmasta vaakakupissa painaa oletus palvelutarpeiden tyydyttämisestä. Työntekijä, palvellessaan asiakasta palveluorganisaation edustajana organisaation luomissa puitteissa, toivoo edistävänsä asiakkaan asemaa, mikä luo työntekijässä tyytyväisyyttä. Organisaatio pystyy tekemään pitkällä aikavälillä taloudellista tulosta vain huomioimalla sekä asiakkaan että työntekijän tyytyväisyyden.<sup>12</sup>

Palvelukohtaamisessa tavoitteena pitäisi olla tasapaino kaikkien kolmen tahon kesken. Tilanteen, jossa joku osapuoli dominoi, voi aiheuttaa esimerkiksi uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönotto. Tietotekniikan käyttöönotto voi aiheuttaa tilanteen, missä asiakkaan täytyy noudattaa organisaation ”hallintapeliä” ja organisaatiokulttuurin menettelytapoja – ja näin ollen hän voi joutua luopumaan omasta hallintaan liittyvästä asemastaan. Tällöin asiakasta pahimmillaan ”opetetaan” mitä palvelulta ei pidä olettaa vetoamalla esimerkiksi ”tietojärjestelmän vaatimuksiin”. Vastaavasti yhdenkään osapuolen intressissä ei ole tilanne, jossa asiakas joutuu palvelukohtaamisessa seuraamaan sivussa henkilökunnan ja koneen välistä vuorovaikutusta. Tilanteessahan henkilökunta on luovuttanut osan autonomiastaan organisaatiolle. Palvelukohtaamisessa kaikki kolme osapuolta ovat tai voivat olla yhteydessä asiakas- ja potilastietojärjestelmiin. Kokonaissuunnittelussa olisi tällöin erotettava kulloinenkin näkökulma, kohde ja niihin liittyvät vaikutuslottuvuudet. Asiakaslähtöisyyden merkitys olisi tällöin kussakin edellä tasapainottaa vaikutuslottuvuudet tietojärjestelmää hyödyntäen. Asiakas- ja potilastietojärjestelmän rooli asiakaslähtöisessä palvelukohtaamisessa liittyy näin ollen palvelun kaikkien kolmen osapuolen vuorovaikutuksellisen tasapainotilan edistämiseen.

Yhteenvedona voidaan tietojärjestelmäintegraatiosta todeta, että asiakaslähtöinen kokonaissuunnittelun sisältää kaksi tärkeää oletusta. Ensinnäkin, palveluita on tarkasteltava erottamalla tuotannon ja palveluiden logiikat toisistaan. Toiseksi, vaikka asiakkaan aseman korostaminen on asiakaslähtöistä, niin samalla on huomioitava – osittain piiloinen ja tahaton – vallankäyttö palveluorganisaation, työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksessa. Asiakas- ja potilastietojärjestelmän merkityksen analyysi suhteessa vaikutuslottuvuuksiin voi paljastaa seikkoja, jotka ovat olennaisia esimerkiksi uusien digitaalisten palveluiden kokonaisuuden tarkoituksenmukaisuuden ymmärtämisessä. Erityisen tärkeää se on sote-monituottajuuden toteutuksessa ja palvelujärjestelmien laajentuessa tulevaisuudessa perinteisen kehyksen ulkopuolelle. Tuolloin joudutaan huomioimaan erilaisia asiakkaan oman tiedonhallinnan (esim. Kanta-palveluihin suunniteltava omatietokanta), omahoitopalveluiden ja kansalaisten hyvinvointiaplikaatioiden arvon luontia kansalaisten hyvinvoinnissa.

### 3.5 Integraatio oikeudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna

Tässä alaluvussa tutkimuskysymyksenä on, mitä on otettava huomioon palveluiden ja tietojärjestelmien integraatiossa sote-uudistuksen yhteydessä erityisesti potilaan ja asiakkaan aseman oikeudellisesta näkökulmasta. Tutkimuskysymys on erittäin laaja ja aiheesta puuttuu

<sup>12</sup> Aineistosta nousi esimerkkejä, joissa säästöt korvautuivatkin tasapainottavilla uudistuksilla. Toisin sanoen, ensin toteutettiin säästö ja sen jälkeen lisättiin toisaalle taloudellista panostusta korvaamaan, ehkä jo aiemmin, syntynyt epätasapaino.

perusteellinen oikeustieteellinen tutkimus. Näin ollen tutkimuskysymykseen ei voida tämän tutkimuksen puitteissa ja käytettävissä olevilla resursseilla vastata kuin ongelmia kartoittavasti.

Edellä käytetyn EIF-kehyksen mukaisesti lainsäädännöllisellä yhteentoimivuudella tarkoitetaan, miten olemassa oleva lainsäädäntö tukee yhteistoiminnallisuuden toteuttamista. Samalla siinä tarkastellaan, miten lainsäädäntö määrittää oikeudet ja velvoitteet tietojen välityksen ja saannin mahdollistamiseksi tietojärjestelmien integroituneessa kokonaisuudessa. Tässä luvussa näkökulmaa tarkennetaan identifioimalla asiakkaan ja potilaan oikeuksien toteutumista ja siinä ilmeneviä ongelmia. Ennen sitä, kysymyksen laajuuden pohjustukseksi, käydään yleisesti läpi integraatioon enemmän tai vähemmän vaikuttava lainsäädäntö. Loppuosassa painottuu EU:n uusi tietosuoja-asetus ja sen merkitys ilmenneiden ongelmien kannalta.

### Vaikuttava lainsäädäntö

Palvelu- ja tietojärjestelmäintegraatioon on vaikuttanut ja vaikuttaa usea laki, joista keskeisimmät on listattu taulukkoon 4.

**Taulukko 4. Keskeisin voimassaoleva lainsäädäntö palvelu- ja tietojärjestelmäintegraatioon liittyen**

Laki	Tarkoitus / merkitys
Sosiaalihuoltolaki (1301/2010)	Tavoitteena mm. parantaa yhteistyötä sosiaalihuollon ja kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden välillä, jotta turvattaisiin hyvinvointi ja sosiaalinen turvallisuus, edistettäisiin osallisuutta, vähennettäisiin eriarvoisuutta, turvattaisiin laadukkaat ja yhdenvertaiset sosiaalipalvelut, edistettäisiin asiakaslähtöisyyttä.
Terveystietolaki (1326/2010)	Säädettiin muun muassa mahdollisuudesta yhteisestä potilastietojärjestelmästä sairaanhoitopiirin alueelle.
Asiakastietolaki (159/2007)	Tarkoituksena oli edistää asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä, potilaiden tiedonsaantimahdollisuuksia sekä terveydenhuollon palveluiden potilasturvallista ja tehokasta tuottamista. Lisäksi lailla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta (2010) sitä muutettiin käsittämään muun muassa potilaan tiedonhallintapalvelu (osaksi Kanta-palvelua). Laki velvoittaa julkiset terveydenhuollon organisaatiot tallentamaan potilastiedot valtakunnallisesti keskitettyyn arkistoon. Yksityisille terveydenhuollon organisaatioille keskitetyn arkiston käyttöönotto on pakollista, jos potilasasiakirjojen pitkäaikaissäilytys toteutetaan sähköisesti.
Tietohallintolaki (634/2011)	Velvoite alueellisesta yhteensovittamisesta.
Henkilötietolaki (523/1999)	Yksityiselämän suoja ja muita yksityisyyden suojaava perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä.
Asiakasasiakirjalaki (254/2015)	Edellytys valtakunnalliselle sähköiselle tietojärjestelmäpalvelulle (Kanta-palveluihin liittyvänä sosiaalihuollon rekisterinä). Laissa huomioidaan muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon keskinäiset yhteistyön tarpeet. Yhteiset periaatteen niin terveyden- kuin sosiaalihuollonkin osalta ovat olennainen edellytys integraatiolle.

Lisäksi muutoksia tulevat aiheuttamaan sote- ja maakuntauudistusta koskevat lait, joiden luonnokset julkaistiin 29.6.2016. Lainsäädäntökokonaisuuden keskeiset lait ovat:

- sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki
- maakuntalaki
- maakuntien rahoituslaki
- kuntien peruspalvelujen rahoituslaki
- voimaannpanolaki.

Hallituksen esitysluonnos lähetettiin lausunnoille 31.8. ja lausuntojen antamisen määräaika oli 9.11.2016. Ministeriöt julkaisevat lausuntoyhteenvedot joulukuussa, minkä jälkeen hallitus päättää varsinaisesta eduskunnalle annettavasta esityksestä (alustavan aikataulun mukaan jo joulukuussa 2016).



## Asiakkaan ja potilaan asemaan liittyviä oikeudellisia huolia

Edellä listatusta säädösperusta käy ilmi, että sosiaali- ja terveydenhuollon säädösvalmistelu on ollut viime vuosina vilkasta. Nyt valmisteilla olevaan uudistukseen liittyy kuitenkin monia asiakasta tai potilasta koskevia oikeudellisia näkökohtia ja huolia. Näitä käsitellään seuraavassa.

Kansalaisten yhdenvertaisuuden kannalta huolia palvelu- ja tietojärjestelmäintegraatiossa aiheuttavat muun muassa sähköiset palvelut sekä palveluiden saatavuus ja niihin pääsy eri alueilla, väestöryhmissä ja varsinkin erityisryhmissä. Esimerkiksi palveluiden keskittämistä pyritään kompensoimaan lisäämällä sähköisiä palveluita; se ei kuitenkaan edesauta niiden asemaa, joille sähköisten palveluiden käyttö on joko mahdotonta tai vaikeaa. Osaan edellä mainituista voi vaikuttaa aiemminkin korostetulla asiakaslähtöisellä palvelu- ja tietointegraatiolla toteutuksella, osa saattaa vaatia juridista lisäsääntelyä.

Valinnanvapauden osalta tilanne on hankalampi, koska siihen sisältyy yksityisten palvelutuottajien toimintaa. Onko mahdollista toteuttaa yhtäläisiä palveluja, mikäli palveluiden tuottajien motiivit ovat erilaiset? Riski siitä, että valinnanvapaus tosiasiasa kohdentuu vain ”kyvykkäille asiakkaille” tai mahdollistaa niin sanotun kermankuorinnan, on olemassa, ja siten sääntelyn tarve on ilmeinen. Tietojärjestelmissä tiedon integraation kannalta tilanne merkitsisi entistä enemmän tahoja, joilla on saatavilla tai jotka tuottavat arkaluonteista yksityistä tietoa. Samalla tiedon hyödyntämisen paine (jota tässä raportissa on tuotu aiemminkin esille) kasvaa. Valinnanvapauden toteutuessa keskeistä on palveluntarjoajan laatutietojen julkisuus: ne koostuvat lopulta salassa pidettävistä tiedoista, jolloin herää kysymys luottamuksellisuuden turvaamisesta ja myös henkilötietojensuojan, kuten esimerkiksi anonymisoinnin, tiukemmasta sääntelystä. Samat ongelmat koskettavat valinnanvapaudessa myös alaikäisten tietojen suojaa (puolesta asiointi, päätöksentekoa yms.).

Muita haastatteluissa esitettyjä huolia olivat muun muassa, miten uudistuksessa turvataan kieli- ja integriteettioikeudet (mm. kulttuuriset) ja miten kansalaisten oikeusturva laajassa kokonaisuudessa toteutuu. Laajemmassa perspektiivissä ongelmana nähtiin se, ettei hallinnollisiin ratkaisuihin perustuva asiakkaan (sosiaalihuolto) ja potilaan (terveydenhuolto) jaottelu tue horisontaalista integraatiota vaan lainsäädännön näkökulmasta tiedon hallinta vaikeutuu. Tämä seikka tulisi huomioida erityisesti valtionhallinnossa, jossa ei toimita samojen realiteettien parissa kuin palvelutuotannossa, missä ihmisten kohtaaminen heidän ongelmiaan on päivittäistä työtä.

Kaiken kaikkiaan asiakkaan ja potilaan asema koko sote-uudistuksessa herättää enemmän huolia ja kysymyksiä, joista kaikkiin ei ole raportin kirjoittamisen ajankohtana esitetty ratkaisuvaihtoehtoja. Kokonaisuuden kannalta suurin huoli onkin uudistuksen nopeus ja kysymys kokonaisnäkömyksen vajavaisuudesta, jolloin ilman lainsäädännön tukea toiminnan muutokset saattavat jäädä näennäisiksi.

## EU:n tietosuoja-asetus

Koska tämän hetken sote-uudistuksen kokonaisuus on avoin, niin on syytä seurata, mitä muutoksia Euroopan Unionin puitteissa on valmisteltu. Tulevaisuuden sote-palveluissa on huomioitava uudenlaisia palveluratkaisuja, jotka eivät rajoitu perinteiseen julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tekniikan nopea kehitys, digitalisoituminen ja globalisoituminen aiheuttavat uusia haasteita myös henkilötietojen suojeluun. Kuten edelläkin todettiin, paine eri taroituksiin käytettävien henkilötietojen keräämiseen lisääntyy. Kansalaisten keinot omien tieto-



jensa hallintaan vaikeutuvat myös uusien oman tiedot käyttöön ja välitykseen liittyvien palveluiden myötä.

EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016 / 679) on tullut voimaan 25.5.2016 ja sitä aletaan soveltaa toukokuussa 2018. EU:n tavoitteena on ollut luoda ajanmukainen, yhtenäinen ja kattava tietosuojakehys ja täten muun muassa parantaa luottamusta sähköisiin palveluihin. Tietosuoja-asetuksella vastataan teknologioiden nopeaan kehitykseen (esim. lohkoketjut, IoT) sekä uusiin digitalisaation haasteisiin (esim. oma data -ajattelu).<sup>13</sup> Säädos on kansallisesti suoraan sovellettava, mutta jättää direktiivinomaisesti varaa kansallisen lainsäädännön liikkumavaralle säännöksiin tarkentamiseksi.<sup>14</sup> Tietosuoja-asetusta sovelletaan sekä julkisella että yksityisellä sektorilla; liikkumavaraa on pääasiassa julkisella sektorilla. Asetus korvaa vuoden 1995 henkilötietodirektiivin ja sen kansalliseksi täytäntöön panemiseksi annetun henkilötietolain (523/1999) säännökset niiltä osin kuin henkilötietojen käsittely kuuluu asetuksen soveltamisalaan. Oikeusministeriön alustavan arvion mukaan henkilötietojen käsittelystä on säännöksiä useassa sadassa<sup>15</sup> kansallisessa säädöksessä. Nämä kaikki eri hallinnonalojen säädökset on siis saatettava tietosuoja-asetuksen mukaisiksi liikkumavaran puitteissa. (VAH-TI 2016)

Palvelu- ja tietojärjestelmäintegraation kannalta tietosuoja-asetus voi avata innovaatiomahdollisuuksia palveluille, joissa asiakas voi hyödyntää ja koota hyvinvointitietoja monelta palveluntarjoajalta (esimerkiksi paikkatietopalveluista) sekä siirtää muun muassa itse keräämiään ja muualta kerättyjä tietoja järjestelmästä toiseen, esimerkiksi johonkin hyvinvointipalveluun. Tietosuoja-asetus koskee kaikkia EU:n alueella tietoja kerääviä tahoja ja sen voima perustuu rekisterinpitäjille asetettavaan erittäin vahvaan taloudelliseen sanktiointiin.

## 3.6 Yhteenveto: tutkimuksen 21 keskeistä havaintoa

### Kirjallisuuskatsausta koskevat keskeiset havainnot

#### Keskeinen havainto 1

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraation tarpeet ovat eri maissa varsin samansuuntaisia. Palveluintegraation on nähty ensisijaisesti keinona uudistaa sosiaali- ja terveystaloutta ja asiakaslähtöisellä tavalla, millä on havaittu olevan vaikutuksia palveluketjujen saumattomuuteen, palveluprosessien tehostamiseen ja palvelulaadun parantamiseen. Palveluintegraatiot ovat usein paikallisia koskien yksittäisiä palveluita ja etenevät bottom up -tyyppisesti.

#### Keskeinen havainto 2

Tutkimuskirjallisuudesta löytyy esimerkkejä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatiosta koskien sekä sosiaali- että terveystaloutta, joskin tutkimusevidenssi palveluintegraatiosta painottuu selvästi terveydenhuollon alueelle. Palveluintegraatiotutkimusta on terveydenhuollon palvelujen ohella tehty erityisesti mielenterveyspalveluissa ja kuntoutumispalveluissa.

#### Keskeinen havainto 3

Palveluintegraatiota koskevat tutkimukset painottuvat erityisesti Ruotsiin ja jossain määrin Iso-Britanniaan ja Alankomaihin. Merkille pantavaa on, ettei koko palvelujärjestelmän tasoista integraatiotutkimusta ole tässä tutkimuksessa käytössä olleen tutkimusaineiston perusteella

<sup>13</sup> Tulevaisuuden megatrendeistä esimerkiksi Kiiski Kataja (2016).

<sup>14</sup> Kansallisella lainsäädännöllä on jossain määrin mahdollista myös poiketa asetuksen velvoitteista.

<sup>15</sup> EU:n tietosuoja-asetuksen kansallinen täytäntöönpano ja keskeiset yritysvaikutukset -hankkeen alustavien tietojen mukaan kyse on n. 600 - 700 asetuksesta. (Raportti löytyy valmistuttuaan osoitteesta: [http://tietokayttoon.fi/hankkeet/hanke-esittely/-/asset\\_publisher/eu-n-tietosuoja-asetuksen-kansallinen-taytantonpano-ja-keskeiset-yritysvaikutukset](http://tietokayttoon.fi/hankkeet/hanke-esittely/-/asset_publisher/eu-n-tietosuoja-asetuksen-kansallinen-taytantonpano-ja-keskeiset-yritysvaikutukset)).

juurikaan tehty, vaan kyse on ollut lähinnä paikallisten ja korkeintaan alueellisten (maakunnit- taisten) integraatiokokeilujen ja toimenpiteiden analyysistä.

#### **Keskeinen havainto 4**

Palveluintegraation onnistumisen edellytykset ovat moninaisia. Tässä tutkimuksessa käytös- sä olleen tutkimusaineiston perusteella horisontaalisen ja vertikaalisen palveluintegraation ”muutoksen ajurit” liittyvät palvelutuottajien (a) palveluintegraation paikallisten tavoitteiden kirkastamiseen (strateginen suunta), (b) palvelutuottajien keskinäiseen yhteistyöhön ja luot- tamukseen, (c) palvelutuottajien muutokapasiteettiin ja ennen muuta hyvään johtamiseen, (d) palvelutuottajien kannustimiin edistää palveluintegraatiota (erityisesti taloudelliset kan- nustimiin), (e) sosiaali- ja terveydenhuollon eri professioiden välisten toiminnallisten ja sym- bolisten raja-aitojen purkamiseen (uudentyyppinen työnjako) ja (f) palvelutuottajien organi- saatiokulttuurin uudistamiseen (asiakaslähtöisen ajattelutavan vahvistaminen).

#### **Keskeinen havainto 5**

Tietojärjestelmien integraatiosta tehtyt tutkimukset ovat erittäin hajanaisia ja niiden perus- teella on vaikea tehdä pitkälle meneviä yleisiä johtopäätöksiä. Tutkimuksissa ei käsitellä sys- temaattisesti havaittuja tietojärjestelmäintegraation vaikutuksia edellä mainitusta hajanaisuu- desta johtuen mutta myös siksi, että vaikuttavuustutkimuksia tehdään yleisestikin liian vähän.

#### **Keskeinen havainto 6**

Tietojärjestelmissä on olennaista tieto ja sen siirto. Tietojärjestelmien suunnittelussa ja muu- toksissa on huomioita, miten tieto palvelee asiakasta ja henkilökuntaa (suorittava taso). Tie- don integraatio ei toteudu hallinnollisena vaan käytännön toimintana. Sitoutumisen ja vastuun kannalta se, miten tietojärjestelmä hyödyntää käytännön tason työntekijöitä, on tärkeää. Tie- don hyödyntäminen koskee myös asiakkaita, koska ammattilaisilla on vahva tahto tehdä työtä asiakkaan parhaaksi.

### **Asiantuntijahaastatteluja ja tapausanalyyskejä koskevat keskeiset havainnot**

#### **Keskeinen havainto 7**

Viimeisen 15 vuoden aikana palveluintegraatioon on kiinnitetty Suomessa paljon huomiota. Integraatio ei siis ole mikään uusi asia palvelujen järjestämisen ja tuottamisen näkökulmasta. Palveluintegraation vaikuttavuus on kuitenkin ollut heikkoa, koska kehittäminen on ollut pirs- taleista ja vailla riittävää kansallista ohjausta. Palveluintegraation hyviä käytäntöjä ei ole laa- jamittaisesti hyödynnetty ja otettu käyttöön.

#### **Keskeinen havainto 8**

Tietojärjestelmäintegraation näennäisen olemattomuuden voi nähdä myös pitkäjänteisenä ja systemaattisena kehittämisenä, pohjan luontina tuleville tietointegraatioille. Tietojärjestelmien kehityskaari ja siitä saatavat toiminnalliset hyödyt on nähtävä pitkällä aikavälillä.

#### **Keskeinen havainto 9**

Tietojärjestelmäintegraatiossa on keskeistä nimenomaan tiedon, ei järjestelmien integrointi. Tuolloin korostuu asiakas- ja potilastiedoissa Kanta-palveluiden rooli ja tulevaisuuden mah- dollisuudet. Tiedon integroinnissa voidaan korostaa asiakaslähtöisyyttä ja ammattilaisen roo- lia, ei tiedon lähteenä vaan tiedon merkitysten tulkitsijana. Tämä tarkoittaa monessakin mie- lessä paluuta takaisin työskentelytapaan, jossa ihmisen kohtaaminen on merkityksellistä.

#### **Keskeinen havainto 10**

Sosiaali- ja terveydenhuollon vahvat professiot sekä vanhaan takertuvat toimintakulttuurit ja arvot voivat jarruttaa kehittämiseen sitoutumista, mikäli niihin ei kiinnitetä riittävässä määrin

huomiota. Erityisesti keskijohdon sitoutumisella on vaikutusta luottamuksen rakentamisessa niin sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreiden välillä kuin niiden sisälläkin.

#### **Keskeinen havainto 11**

Sosiaali- ja terveydenhuollossa jo vakiintunut elinkaariajattelu vahvistaa palvelutuotannossa asiakkaan tarpeiden ymmärtämistä ja voi siten mahdollistaa palveluinnovaatioita sekä ”on demand” -tyyppisten palvelujen rakentamista sosiaali- ja terveyspalveluihin. Henkilötunnusten vuoksi tiedon kohdentaminen koko elinkaaren ajan on Suomen etu kansainvälisessä vertailussa.

#### **Keskeinen havainto 12**

Tiedon merkityksen ymmärrys on kasvanut julkisen sosiaali- ja terveyspolitiikan toteutuksessa 2000-luvulla. Silti tiedon lisäarvoistaminen ei ole onnistunut riittävästi siitä näkökulmasta, että toiminnanohjaustieto olisi yhdenmukaista ja että palveluinterventioiden evidenssilähtöisestä arvioinnista voitaisiin vielä puhua sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kansalaista koskevan tiedon näkökulmasta tilanne on kuitenkin jo nyt varsin otollinen sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuuslähtöiselle toiminnalle (muistuttaen niin sanottu value-based health -ajattelua). Merkittävien edistysaskel tässä suhteessa on kansallisella tasolla toteutettu Kanta-palvelu.

#### **Keskeinen havainto 13**

Palvelujärjestelmä uudistuksen kokonaisarviointi ja mittakaavan hahmottaminen ovat olleet toistaiseksi puutteellisia. Tarkoituksenmukaisempaa nykyisessä tilanteessa vaikuttaisi olevan se, että uudistamistyössä otetaan analyttisesti ja systemaattisesti huomioon, mitä palvelujen ja tietojärjestelmien kehittämisessä on jo saatu aikaan.

#### **Keskeinen havainto 14**

Sosiaali- ja terveyspalvelujen digitalisaatio ja teknologinen kehitys tulee nähdä mahdollisuutena, joka johtaa kokonaan uusiin palvelumalleihin ja parempaan toiminnan vaikuttavuuteen, mikä puolestaan edistää järjestelmän kokonaiskustannusten hallintaa. Ennakkoluulottomissa kokeiluissa, niin terveydenhuollossa kuin sosiaalihuollossakin, luodaan uusia toimintamalleja ja -käytäntöjä; sen vuoksi niitä tulisi vauhdittaa ja aikaansaatuja hyviä käytäntöjä levittää.

#### **Keskeinen havainto 15**

Kanta-palvelun roolia tulee kirkastaa hyvinvointitiedon integraattorina. Samalla olisi pidettävä huoli siitä, että palvelun kehittäminen on niin rahoituksen kuin ohjauksenkin suhteen kansallisella tasolla.

#### **Keskeinen havainto 16**

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehittäminen perustuu pitkäjänteiseen ja johdonmukaiseen uudistamiseen. Tietojärjestelmien kehityskaaren yli ei tavaltaan voi hypätä ja tämä seikka tulisi ottaa huomioon tietojärjestelmien politiikkatason ohjauksessa läpi hallituskausien.

#### **Keskeinen havainto 17**

Kahdeksan kuntaorganisaatioita koskevan tapaustutkimuksen perusteella näyttää vahvasti siltä, että sosiaali- ja terveyspalvelujen palveluintegraatioon liittyy polkuriippuvuus. Palveluintegraatiossa edistymisen on sidoksissa ensinnäkin johtavien poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijajohdon yhteiseen käsitykseen asiakkaista ja heidän palvelutarpeiden ensisijaisuudesta, toisaalta elinkaariperusteiseen toimintamalliin palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa, kolmanneksi yhtenäiseen käsitykseen kaupunkiorganisaation johtamisessa ja neljänneksi jo vuosia vahvistuneeseen palveluinnovaatioita ruokkivaan ennakkoluulottomaan kehittämis- ja kokeilukulttuuriin. Polkuriippuvuus viittaa positiiviseen kehään, joka ruokkii innovatiivisuutta ja tässä tapauksessa sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota. Tältä osin

havainto on yhdenmukainen sen kanssa, mitä innovaatiotutkimuksessa on tuotu esille polku-riippuvuudesta palvelu- ja organisaatioinnovaatioiden syntyyn myötävaikuttavana mekanismina. Varsinkin johtamisen ja palveluintegraation välinen yhteys näyttäytyy tutkittujen organisaatioiden keskeiseltä tekijältä: johtaminen on sekä palveluintegraation edellytys että sen seuraus.

### **Keskeinen havainto 18**

Sosiaali- ja terveystalvaeluja koskevassa palveluintegraatiossa on olemassa kahdeksan kuntaorganisaation tapaustutkimuksen perusteella näkymättömiä tai puuttuvia rajapintoja, joilla on suuri merkitys käynnissä olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa. Niistä ensimmäinen liittyy palveluekosysteemeissä olevaan rajapintaan julkisen ja muunlaisesti tuotetun sosiaali- ja terveystalvaelukokonaisuuden välillä. Tutkituista kuntaorganisaatioista ei käy ilmi, miten julkisessa palvelutuotannossa otetaan seikkaperäisesti huomioon alan yritysten ja järjestöjen mukanaolo palveluintegraation syventämisessä. Tapaustutkimuksen toinen näkymätön (tai kokonaan) puuttuva rajapinta rakentuu terveyden edistämisen ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuden välille. Vaikka tarkastellut kuntaorganisaatiot ovat palveluintegraatiotoiminnassaan varmasti osaltaan vahvistaneet terveyden edistämisen merkitystä, ei terveyden edistämistä ole nostettu palveluintegraatiossa millään tavalla erityiselle jalustalle. Suurena huolena tapaustutkimuksen perusteella on, miten jatkossa sovitetaan yhteen kuntatasolla tapahtuvat terveyden edistämisen toimintaprosessit ja palvelukonseptit sekä toisaalta maakuntatasolta operoitavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

### **Keskeinen havainto 19**

Johtaminen on palveluintegraation onnistumisen kannalta avainasemassa. Jos palveluintegraatiota ei ole tunnistettu johtamisen avainalueeksi, aikaansaannokset horisontaalisessa ja vertikaalisessa palveluintegraatiossa jäävät vaatimattomiksi tai kokonaan saavuttamattomiksi. Maakuntaorganisaatioissa palveluintegraation edellytyksenä on poliittisen johdon ja virkamiesjohdon yhteneväinen käsitys palveluintegraation tarpeesta, tavoitteista ja keinoista. Integraation kannalta merkittävässä roolissa on palvelulähtöinen liiketoiminnan johtaminen, joka perustuu ajatukseen, että asiakkaalle tuotetaan palvelutuotteiden lisäksi myös palveluprosessia. Henkilöstö rakentaa käytännössä palveluorganisaation palvelukulttuurin. Palveluintegraation onnistumisen kannalta on kriittistä, miten henkilöstöä johdetaan kannustavasti ja motivoivasti palveluintegraation tavoitteita kohti. Toiminnanohjaus, resurssien hallinta ja kumppanuudet tulee tunnistaa palveluintegraation mahdollistajiksi. Toiminnanohjauksessa on oleellista, että palveluintegraation eteneminen vaiheistetaan mitattaviksi tavoitteiksi, ja päättöksentekoa tukeva maakunnallinen toiminnanohjausmalli ottaa mittaroinnissa huomioon palveluintegraation etenemistä kuvaavat tunnusluvut ja tiedon keräämisen. Palveluorganisaation toimintaprosessit edistävät integraatiota, jos ne tunnistetaan, nimetään, määritellään ja johdetaan asiakaslähtöistä ajattelutapaa noudattaen. Tällöin varmistetaan, että toimintaprosessit perustuvat palvelujen käyttäjien tarpeisiin.

### **Keskeinen havainto 20**

Tietojärjestelmäintegraation edistämisessä merkittäväksi esteeksi nousi puutteellinen kokonaisnäkemys. Tämä ilmeni yhteistyön ongelmoina, "punaisen langan" puuttumisena, lakien "ylivarovaisina" tulkintoina (mm. tietojen saannin helpottaminen viranomaisten välillä) ja vajavaisena asiakkaan roolin ymmärryksenä. Kyvyttömyys kokonaisuuden hahmottamisesta liittyy asiakaslähtöisyyteen. Asiakaslähtöisyys on hyväksytty ja paljon käytetty termi, mutta usein vailla merkityssisältöjä tietojärjestelmien kontekstissa. Tämä saattaa sekä hämärtää kokonaisuutta että erottaa selvemmin palveluiden kehittämistä tietojärjestelmien kehittämisestä. Sama ongelma on nähtävissä tietointegraation tähtäävässä kokonaisarkkitehtuurissa, joka vastaavasti vääristää painopistettä palvelujen kehittäjien mielissä tekniseen suuntaan. Vaikka

kyse on näennäisen pieneltä tuntuvasta vivahde-erosta, niin termien merkitykset saattavat hämärtää kokonaissuunnittelun näkemystä.

### **Keskeinen havainto 21**

Vaikka lainsäädäntöä onkin kehitetty tietojärjestelmäintegraation näkökulmasta, niin tuleva sote-uudistus aiheuttaa huolia ja epävarmuutta asiakkaan ja potilaan oikeuksien kannalta. Uudistuksia tulisi toteuttaa kokonaiskehittämisen idealla, missä toiminnan kehittäminen pohjautuisi selkeään lainsäädäntöön. Sote-uudistuksen keskeiset juridiset huolet liittyvät valinnanvapauden myötä kansalaisten yhdenvertaisuuteen ja ylipäänsä palvelujen saatavuuteen. Erityisenä huolenaiheena on erityisryhmien kohtelu palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa. Oletettavaa on, että erityisryhmien asema nousee voimakkaasti esille sote-uudistuksen keskeisen säädöskokoelman alustavan lausuntokierroksen lausunnoissa (määräaika päättyi 9.11.2016).

## 4. TUTKIMUKSEN KYMMENEN JOHTOPÄÄTÖSTÄ

Seuraavassa esitettävä arviot palvelu- ja tietointegraatioon liittyvistä tavoitteista ja keinoista perustuvat tätä tutkimusta varten kerättyyn tutkimusaineistoon sekä tutkijaryhmän kokemukseen ja käsityksiin tarkastelun kohteena olevasta teemasta. Johtopäätökset juontavat juurensa alaluvun 3.6 keskeisistä havainnoista.

### 4.1 Palveluintegraatio

#### Yhteenvetoa

Toimiva palveluintegraatio edellyttää systeemi-, työntekijä- ja asiakaslähtöistä palvelujen uudistamista. Systeemilähtöisyys viittaa toteuttajaorganisaatioiden kehittämiskapasiteettiin ja -halukkuuteen (ja kehittämisen kulttuuriin), työntekijälähtöisyys työntekijöiden osallistamiseen uudistamisprosessin aikana ja asiakaslähtöisyys palveluja käyttävien aktiiviseen ja ennakkoluulottomaan osallistamiseen uudistamisprosessin kuluessa (Stenvall & Virtanen 2012; Tuurnas 2016). Työntekijöiden ja palvelujen käyttäjien osallistaminen vauhdittaa palvelujen uudistamista ja auttaa ehkäisemään perinteisten ylhäältä–alas-muutosmallien vaikeuksia.

Palvelutuotannon organisoinnin haasteet palvelujen järjestämisen ja tuottamisen näkökulmasta ovat monialaisia. On hyvä muistaa, että Suomessa on viime vuosina tehty useita tilaaja–tuottaja-malliin liittyviä tutkimushankkeita, joissa on tuotu esille palvelujen tilaamiseen ja tuottamisen eron keinotekoisuus, tilaaja–tuottaja-mallin heikko vaikuttavuus markkinoiden luomisessa ja erilaiset strategisen johtamisen puutteellisuudet. Tämän vuoksi on melko kyseenalaista odottaa, että itsehallintoalueiden oman palvelutuotannon yhtiöittäminen olisi tarkoituksenmukaista ja muodostaisi merkittävän kilpailuedun palvelujen järjestämisen kokonaisuudessa.

Hallinnon ja palvelusysteemien reformit perustuvat pääsääntöisesti ajatukseen aktiivisesta kehittämis- ja kokeilutoiminnasta. Sen vastakohtana voidaan pitää ylhäältä–alas-periaatteella toteutettuja kokonaisvaltaisia palvelureformeja. Kokeilutoiminnan etuna nähdään tutkimuskirjallisuudessa nimenomaan se, että reformeja kokeillaan ja kokeiluissa sallitaan erilaiset mallivariaatiot.

Palvelutuotannon johtaminen, hallittavuus ja ohjattavuus integroidussa palvelujärjestelmässä viime kädessä ratkaisevat sen, miten palveluintegraatio onnistuu tai jää onnistumatta. Tämä edellyttää muutosprosesseissa huomion kiinnittämistä siihen, miten toiminnanohjaustieto saadaan kytkeytyä integraation kannalta merkittäviin johtamiskysymyksiin.

Hallinnon ja palvelusysteemien uudistaminen tapahtuu organisaatioiden adaptiivisen muutoskapasiteetin avulla. Käytännössä tällä viitataan organisaatioiden muutoskyvykkyyteen, muutoksille suopean organisaatiokulttuurin rakentamiseen ja ylipäänsä muutosjohtamisen taitoihin. Avainasemassa adaptiivisen muutoskapasiteetin vahvistamisessa on ylimmän johdon lisäksi lähiesimiestaso ja keskijohto, jotka käytännössä vievät palveluintegraatioon tähtäävää muutosprosessia organisaatiouudistuksissa eteenpäin. Heidän myötä organisaatiouudistukset joko onnistuvat tai epäonnistuvat. Tämä kannattaa muistaa myös suomalaisessa kontekstissa.

Valinnanvapauden vaikutuksista palveluintegraatioon tutkimusaineisto ei suoranaisesti kerro. Oleellisia kysymyksiä valinnanvapauden mahdollistamisen näkökulmasta kuitenkin ovat: kuka (palvelujen käyttäjistä) valitsee, mitä palvelujenkäyttäjä loppujen lopuksi valitsee, millä perusteella palvelujenkäyttäjä valitsee ja miten palvelujenkäyttäjä maksaa.

Jos valinnanvapaus on toimintaperiaatteena, erityisesti tiedon merkitys korostuu integraation hallinnassa. Keskeistä on tietää, missä asiakkaat liikkuvat ja minkälaisia palveluita he käyttävät. Käytännössä valinnanvapauteen liittyvät kehityskulut ovat vielä monilta osin auki. On nimittäin mahdollista, että palvelutuotanto pirstoutuu entisestään, jos itsenäisten palvelutuottajien määrä kasvaa. Toinen mahdollinen kehityskulku on tilanne, missä alalle kehittyy isoja palvelutuottajien monopoleja, jotka integroivat palvelutuotantoaan. Ongelma tällöin voi olla se, miten rakentaa julkisen toiminnan ohjauksen kautta integrointia edistäviä käytäntöjä.

Lisäksi on syytä todeta, että Suomessa vedotaan paljon nimenomaan terveydenhuollon uudistamisessa yhdysvaltalaisen kilpailukykytutkijan Michael Porterin nimeen perusteltaessa vaikuttavuusperusteista terveydenhuoltoa. Tämä on tarkoituksenmukainen argumentti. Sen sijaan tunnutaan unohtettavan, että Porterilla on ollut viimeiset kymmenen vuotta kategorisen kielteinen kanta valinnanvapauden lisäämiseen (potilas ei yksinkertaisesti tiedä tarpeeksi tehdäkseen valintoja omaan terveydentilaansa liittyen).

Asiakaslähtöinen palvelukulttuuri on edellytys sille, että palveluintegraatio ylipäänsä voisi kehittyä. Mikäli johtaminen, strategian, henkilöstön, toiminnanohjauksen, resurssienhallinnan, kumppanuuksien ja prosessien johtamisen lähtökohtana ei pidetä asiakaslähtöistä toimintamallia ja palvelukulttuuria, palveluintegraation saavuttaminen jää toteutumatta. Lähivuosina tilanne tältä osin sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa tulee entistä haasteellisemmaksi monituottajuuden lisääntyessä. Jatkossa palveluintegraatio ja saumattomat asiakas- ja potilasketjut edellyttävät usein palvelujen tuottajien ja toimijoiden yhteistä käsitystä asiakaslähtöisen toimintatavan ideasta. Asiakaslähtöisen palvelukulttuurin perustana ovat asiakkaan ja potilaan tarpeet. Tietojärjestelmän rooli on tukea ja mahdollistaa asiakaslähtöistä palvelua ja asiakaslähtöisten palvelukonseptien uudistamista. Ongelmana Suomessa on usein ollut se, että palveluja ja tietojärjestelmiä on kehitetty erillisillä foorumeilla. Tietojärjestelmäintegraatiossa on myös otettava huomioon uudet tietotyypit. Uudet tietoon – sen keräämiseen, käsitteilyyn ja hallintaan – pohjautuvat ratkaisut (massadata, omadata, avoin data) saattavat osaltaan hämärtää asiakaslähtöistä kokonaisnäkemystä.

## Johtopäätökset

### Johtopäätös 1

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio edellyttää niin systeemi-, työntekijä- kuin asiakaslähtöistä muutosta. Muutokselle suopean ilmapiirin saavuttamisessa ja muutoksen eteenpäin viemisessä on syytä korostaa keskijohtoa ja lähiesimiestasoa. Asiakaslähtöisyyden kannalta asiakkaan tai potilaan vastuuttaminen valintojen tekijäksi on usein kohtuuton: asiakas on tuolloin tilanteessa, jossa hän tarvitsee muutoinkin ammattilaisen apua selvittääkseen ongelmistaan tai parantuakseen sairaudestaan. Sen sijaan asiakkaan osallistaminen (joka tapahtuu usein työntekijän toimesta) vauhdittaa palveluiden uudistamista. Tästä co-creation-lähestymistavasta on maailmalta hyviä esimerkkejä ja niitä tulisi hyödyntää myös Suomessa.

### Johtopäätös 2

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen ja tuottamisen ohjattavuuden ja hallittavuuden kannalta systeemitasoinen toiminnanohjaustieto on kytkettävä olennaisesti johtamiskysymyksiin. Tässä suhteessa huomio tulee siirtää asiakas- ja potilastietojärjestelmien toimi-



vuudesta ja yhteensopivuudesta myös siihen, miten asiakas- ja potilastietojärjestelmiin kumuloituva tieto saadaan palvelujen johtamista tukevaksi toiminnanohjaustiedoksi.

### **Johtopäätös 3**

Sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaisvaltaisesta systeemisestä uudistamisesta, joka toteutetaan vertikaalisen ja horisontaalisen integraation periaatteiden mukaisesti, on maailmalta vähän tutkimusnäyttöä. Suomessa toteutettava sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä uudistus on maailman mittakaavassa siis melko uniikki toimenpide, kun otetaan huomioon myös uudistuksen laajuus ja nopea toteutusajataulu.

### **Johtopäätös 4**

Talvelujärjestelmien uudistamisessa kokonaisvaltaisuus tai nopea aikataulu ei ole välttämättä ongelma, jos talveluintegraation toteuttamisen tapaan kiinnitetään aivan erityistä huomiota. Tällöin merkityksellistä on positiivisen ja osallistavan ilmapiirin luominen, kokeilujen salliminen ja asiantuntijatiedon hyödyntäminen talvelujärjestelmän uudistamista koskevassa päätöksenteossa. Uudistamistyössä olisi myös sallittava ja kannustettava erilaisiin mallivariaatioihin, jolloin kokeilu- ja kehittämistoiminnan kautta saatu tietokin olisi monipuolisempaa.

### **Johtopäätös 5**

Mikäli sote-uudistus etenee ehdotetulla tavalla, keskeinen kysymys integroinnin kannalta on valtion ja maakuntien keskinäinen suhde. Tulevaisuudessa valtion tulee edellyttää, että maakunnat uudistavat kokonaisvaltaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekoa ja talvelutuotantoa tavalla, joka ottaa huomioon yhtenäisen käsityksen ensisijaisista talvelujenkäyttämiseen liittyvistä asiakkuuksista, asiakkaiden talvelutarpeet sekä elinkaariperusteiset toimintamallit. Lisäksi valtion tulee panostaa maakuntien sosiaali- ja terveystalvelujen johtamiseen tavalla, joka ottaa huomioon kannustavan ja motivoivan johtamisen. Lisäksi on huomioitava, että asiakaslähtöisen toimintakulttuurin rakentaminen vie aikaa ja edellyttää innovatiivista kokeilutoimintaa eikä siis tapahdu hetkessä. Käytännössä integroinnin haaste on valtakunnallisen yhtenäisyyden ja maakuntien erilaisuuden samanaikainen huomioonottaminen. Valtinnanvapauden toteuttaminen voi vaikeuttaa ratkaisujen löytymistä, koska on hankala ennakoita sen vaikutuksia integrointiin.

### **Johtopäätös 6**

Mikäli sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa ei jatkossa onnistuta rakentamaan (a) yhteistyöhön perustuvaa rajapinta-ajattelua julkisesti ja muulla tavoin tuotettujen sosiaali- ja terveystalvelujen välille sekä (b) asiakkaiden ja yhteisöjen kannalta toimivia terveyden edistämisen prosesseja maakuntien ja kuntien välille, niin sote-uudistuksen suuret toiminnalliset ja kustannussäästöihin tähtäävät tavoitteet jäävät toteutumatta.

Toimintamalli saattaa edellyttää valtiolta ja sen harjoittamalta sosiaali- ja terveystalvelupolitiikalta uudenlaista ohjausotetta maakuntiin, kuntiin ja itseasiassa kansalaisiinkin nähden. On luultavaa, että valtio ei voi saada aikaan tarvittavaa muutosta pelkästään perinteisten politiikkainstrumenttien (juridinen ohjaus, resurssiohjaus, informaatio-ohjaus) mekaanisella soveltamisella, vaan ottamalla julkisen politiikan keinovalikoimaan erilaisia metaohjauksen keinoja. Tämä liittyy ajatukseen, ettei valtiolla ole kompleksisessa maailmassa mahdollisuutta kontrolloida yhteiskunnassa tai kansalaisten käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia.

Kontrollin sijasta esiin on nousemassa kysymys yhteiskunnan ohjaamisesta, jossa valtiolla on tulevina vuosina entistä merkittävämpi rooli, kun otetaan huomioon edellä mainittujen politiikkainstrumenttien rajoittunut käyttöala. Metaohjauksen keinona voidaan pitää esimerkiksi terveyshyötymallin nostamista sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön ja siten kansalaisten käyttäytymistä ohjaavaksi toimintaperiaatteeksi terveyden edistämisessä. Terveystalveluhyötymalli tar-

koittaa tässä yhteydessä kansalaisten tietoisuuden kasvattamista terveyteen vaikuttavista tekijöistä, terveydenhoidon ja -edistämisen itsediagnostiikasta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön liittyvistä valinnan vaihtoehtoista.

### **Johtopäätös 7**

Maakuntaorganisaatioissa palveluintegraation keskeisenä edellytyksenä on poliittisen johdon ja virkamiesjohdon yhteneväisen käsityksen luominen palveluintegraation tarpeesta, tavoitteista ja keinoista. Horisontaalinen integraatio edellyttää palveluorganisaation – ja palveluekosysteemin – johtamiskäytäntöjen sisäistä yhtenäisyyttä. Vertikaalisen palveluintegraation kulmakivenä on palveluintegraatioon tähtäävä verkostojohtaminen ja -hallinta ja näitä tukeva innovaatiotoiminta ja kokeilukulttuurin synnyttäminen. Palveluintegraation tematiikka nousee avainasemaan osaamisen johtamisessa ja sosiaali- ja terveydenhuollon tunnetusti vahvojen professioiden välisten raja-aitojen madaltajana. Henkilöstöä tulee palkita palveluintegraation edistämisestä ja asiakaslähtöisen palvelukulttuurin vahvistamisesta. Palveluorganisaation toimintaprosessit tulee tunnistaa, nimetä, määritellä ja johtaa asiakaslähtöistä ajattelutapaa noudattaen. Asiakaslähtöisessä toimintamallissa palvelujen käyttäjät ovat aktiivisia toimijoita palveluja kehitettäessä ja uudistettaessa.

Maakuntaorganisaatiotkin tarvitsevat siis, linjausten ohella, toiminnan tasolla tapahtuvaa palveluintegraatiota. Haasteena voikin olla se, että uudet maakuntaorganisaatiot keskittyvät tyypillisten uusien organisaatioiden tapaan lähinnä vain sisäisen hallintonsa ja hallinnollisten käytäntöjen rakentamiseen. Tällöin palveluintegraatio jää toteutumatta ja uudistuksen vaikutukset palveluihin riittämättömiksi.

On tärkeätä, että sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla rahoitettavat ja koordinoitavat ns. hallituksen kärkihankkeet (vuosina 2017–2018) edistävät aidosti palveluintegraatiota ja ottavat huomioon palveluintegraatiota hyödyttävän tietojärjestelmien kehittämisen. Palvelukokonaisuuksia tulee uudistaa asiakas- ja potilastarpeista liikkeelle lähtien – ei tietojärjestelmien ehdoilla.

### **Johtopäätös 8**

Kokonaiskehittämisen kannalta keskeneräinen lainsäädäntö ei edistä palvelu- eikä tietointegraation kehittämistä. Lainsäädännön keskeneräisyyden vuoksi kehittämisessä joudutaan varautumaan erilaisiin potentiaalsiin tilanteisiin tai niiden variaatioihin. Tämä realisoituu kehittämisen sirpaleisuutena.

## **4.2 Tietojärjestelmäintegraatio**

### **Yhteenvetoa**

Tämän tutkimuksen tutkimusaineistossa korostuvat selkeästi sekä poliittinen tahtotila että organisatorinen ja semanttinen yhteentoimivuus. Teknistä yhteistoiminnallisuutta on Suomessa jo toteutettu pitkälle (mm. HL7-standardoinnin avulla). Myös lainsäädännön harmonisointi ja uudistaminen on käynnissä. Poliittisen tahtotilan ongelmana on ratkaisujen selkiyttäminen ja konkretisointi. Tietojärjestelmäintegraation suhteen olisi alueellisella tasolla valmiuksia edetä, kunhan visiot, prioriteetit, tavoitteet ja aikataulutus olisivat artikuloitu selkeästi. Organisaatioiden yhteentoimivuudessa syytä olisi kehittää kokonaisarkkitehtuurikuvauksia paremmin käytännön toimintaa tukevaksi. Ymmärrettävää on, että kokonaisarkkitehtuurin nykytilan kuvaukset ovat vienneet resursseja tai niitä ei ole ollut riittävästi varattuna kokonaisarkkitehtuurityöhön. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen arkkitehtuurin kuvaukset ovat kuitenkin hyvä pohja kehittää organisaatioiden välistä yhteistyötä sekä prosesseja.

Semanttisen tiedon sisällön ja rakenteen yhtenäistämässä Kanta-palveluiden merkitys on keskeinen. Tietorakenteiden ja -elementtien määrittely on ollut sitä pohjatyötä, mitä ilman tiedon integraatio ei onnistuisi. Yhteisesti sovittuja tietomäärittelyjä kannattaa edelleen kehittää ja laajentaa kattamaan mahdollisimman suuri osa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisesta tietosisällöstä. Yhteisiä tietomäärittelyjä tulisi käyttää tietojärjestelmien kehittämisessä myös alueellisella ja paikallisella tasolla.

Tietojärjestelmien uudistamisessa olennaista on, että yhtenäinen tieto syntyy järjestelmien johdonmukaisesta rakentamisen myötä. Lisäksi huomiota on kiinnitettävä järjestelmien määrittelytyöhön, avoimiin rajapintoihin eri järjestelmien välillä sekä ylipäänsä tiedon avoimuuteen ja käytettävyyteen. Yhtenäisen tiedon syntyminen edellyttää välttämättä myös yhtenäisiä käsityksiä tietosisällöistä ja tiedon määrittelyä yhteisesti sovitulla tavalla. On tärkeää ymmärtää, että tietojärjestelmien kehittämisessä on kyse pitkäjänteisestä työstä. Tietojärjestelmät ovat monien järjestelmien kokonaisuus, ei yksittäinen monoliitti. Siksikin tietojärjestelmien uudistamisessa tulisi sitoutua pitkäjänteisyyteen, jolloin vaaditaan valtakunnallista ohjausta myös asiakaslähtöisten toimintamallien toteuttamisessa.

## Johtopäätökset

### Johtopäätös 9

Suomessa on viime vuosikymmenien aikana tehty johdonmukaista ja pitkäjänteistä työtä tiedon integraatiossa ja asiakas- ja potilastietojärjestelmien välisten rajapintojen avoimuuden parantamisessa. Tätä työtä pitää tukea selkeillä poliittisilla linjanvedoilla ja valtakunnallisella ohjauksella. Palveluintegraation onnistuminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita koskevaa tietoa, jolla on yhteinen semanttinen ja toiminnallinen merkityssisältö. Yhteisesti sovittujen tietomäärittelyjen edelleen kehittäminen ja laajentaminen vauhdittavat palveluintegraatiota varsinkin sellaisessa tilanteessa, jossa tietomäärittelyt kattavat mahdollisimman suuren osan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisesta tietosisällöstä.

### Johtopäätös 10

Tietojärjestelmäintegraation painopistettä pitäisi siirtää kohti kokonaissuunnittelua. Tällöin kyse olisi pitkälti jo käytetyn kokonaisarkkitehtuurin mukaista, mutta sen pitäisi yhdistää selkeämmin palveluita ja niitä tukevia tietojärjestelmiä: toiminnasta ja kehittämisestä on voitava keskustella yhteisin merkityksin myös palveluiden toteuttajien tasolla. Yhdistävä elementti olisi tällöin asiakaslähtöisyys. Se asettaa yksinkertaisen moraalisen lähtökohtakysymyksen: ketä varten järjestelmä on luotu? Asiakaslähtöisyyden merkitykset nousevat siitä diskursiivisuniversumista, jossa palveluita toteutetaan. Sitä ei voi tipauttaa pelkkänä hallinnon tai hallitusohjelman julistuksena. Merkitysten kautta asiakaslähtöisyys ei koskisi vain asiakkuutta, vaan koko toimintaa - työntekijöiden kautta systeemitasolle ja sidosryhmiin asti. Asiakaslähtöiseen kokonaissuunnitteluun tulisi kuulua myös vaikutussuhdeanalyysi, jolloin voidaan varmistaa, ettei tietojärjestelmän avulla korosteta tahtomattaan valtasuhteiden dominanssia minään tahon suuntaan. Tämä korostuu uusien digitaalisten palveluiden käyttöönotossa.

## 5. YHTEENVETO

### 5.1 Tutkimusprosessin aikana opittua

Tässä loppuraportissa esitellään sosiaali- ja terveydenhuollon vertikaalisen ja horisontaalisen integraation toteutuksia ja vaikutuksia niin kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden tarkastelun kuin suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden haastatteluiden avulla. Näkökulmina olivat sekä palvelut että tietojärjestelmät.

Tutkimushanke toteutettiin vuoden 2016 huhtikuun ja joulukuun välisenä aikana. Ajankohta oli mielenkiintoinen, koska tuolloin tehtiin sote-uudistuksen merkittävimmät poliittiset linjaukset. Vastaavasti tutkimushankkeen tietotarve oli luotu syksyllä 2015.

Tutkimuskysymyksiä oli viisi:

1. Mitä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia on saatu kansainvälisen kirjallisuuden perusteella?
2. Mitä horisontaalista ja vertikaalista integraatiota on toteutettu Suomessa?
3. Mitä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia Suomessa on saatu integraatiolla?
4. Mitkä ovat toimivia tapoja edistää integraatiota?
5. Mitä on huomiotava sote-uudistuksen yhteydessä erityisesti potilaan ja asiakkaan aseman oikeudellisesta näkökulmasta?

Menetelminä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta (tutkimuskysymys 1), muun kirjallisen aineiston läpikäymistä ja analysointia (tutkimuskysymykset 2–4) sekä asiantuntijahaastatteluja (tutkimuskysymys 2, 3 ja 5). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineistosta (lähes 1300 artikkelia) luettiin läpi kaikki abstraktit, joista ennakolta määriteltyjen kriteerien kautta valikoitui 55 artikkelia kokonaan luettaviksi. Lopullisessa aineistossa oli 18 artikkelia, jotka läpäisivät kriteerit. Muu kirjallinen aineisto pitää sisällään raportissa käytetyt lähes 50 kirjallista lähdettä. Lisäksi sote-uudistuksen edistymisessä tilanteen tasalla pysyminen on vaatinut lukuisiin valmisteluraportteihin sekä toimenpide-ehdotuksiin ja -linjauksiin perehtymistä. Haastateltavia palveluiden ja tietojärjestelmien asiantuntijoita oli kaikkiaan 40 henkilöä.

Kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden ja suomalaisten asiantuntijahaastatteluiden perusteella sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja tietojärjestelmäintegraatiosta saa sirpaleisen kokonaisuuden. Sirpaleisuus johtuu siitä, ettei ole olemassa käsitteellistä entiteettiä nimeltä palveluintegraatio tai tietojärjestelmäintegraatio. Tutkimuskirjallisuuden hankinnassa tämä tuli poikkeuksellisen selkeästi esille: kokeiluja, ja erityisesti suunnitelmia kokeiluista, on maailmalla raportoitu runsaasti, mutta tähän liittyvä tutkimuskirjallisuus on luonteeltaan melko kuvailevaa eikä tavoita palveluintegraatiokokeilujen ja toimenpiteiden vaikuttavuutta merkille pantavalla tavalla. Myös tätä tutkimusta varten tehdyissä asiantuntijahaastatteluisa korostui se, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatiota on Suomessa tehty jo pitkään, mutta tähän liittyvien muutosprosessien vaikutukset ovat olleet enemmän tai vähemmän hajanaisia ja paikallisia.

Väliraportin (kesäkuussa 2016) kokoavana johtopäätöksenä korostui, että sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon liittyviä muutoksia ja toimenpiteitä olisi tarkoituksenmukaista tarkastella samanaikaisesti monesta näkökulmasta. Tällöin integraatio voidaan hahmottaa systeemi-, työntekijä- ja asiakastasoisena kysymyksenä. Nyt vaikuttaa käynnissä olevan palvelujärjestelmäudistuksen osalta olevan niin, että uudistusta on yritetty katsoa pelkästään nopeana

systeemitasoisena muutoksena (ml. palvelujen järjestämisen, tilaamisen ja rahoituksen näkökulmat). Kansainvälisten kokemusten ja tutkimuskirjallisuuden perusteella muutosprosessi tulee näin toimittaessa kohtaamaan vastustusta ja karikkoja, joiden ylittäminen ei välttämättä ole helppoa. Oma kysymyksensä tässä prosessissa on poliittisen johdon ja virkamiesten asiantuntijavalmistelun rajapinta. Tutkimuskirjallisuuden perusteella asiantuntijatiedon käyttö ja hyödyntäminen on vaikeata tilanteessa, jossa poliittinen tahtotila on epävakaata ja jatkuvasti muuttuvaa.

**Tutkimuksen keskeinen yhteenveto palveluintegraatiosta on esitetty seuraavassa:**

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisvaltaisesta systeemisestä uudistamisesta tavalla, joka toteutetaan vertikaalisen ja horisontaalisen integraation periaatteiden mukaisesti, on maailmalta vähän tutkimusnäyttöä. Suomessa toteutettava sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä-uudistus on maailman mittakaavassa siis melko uniikki toimenpide ottaen huomioon uudistuksen laajuus ja nopeaa toteutusaikataulu. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluintegraatio edellyttää niin systeemi-, työntekijä- kuin asiakaslähtöistä muutosta. Muutokselle suopean ilmapiirin saavuttamisessa ja muutoksen eteenpäin viemisessä on syytä korostaa keskijohtoa ja lähiesimiestasoa. Asiakaslähtöisyyden kannalta asiakkaan tai potilaan vastuuttaminen valintojen tekijäksi on usein kohtuuton: asiakas on tuolloin tilanteessa, jossa hän tarvitsee muutoinkin ammattilaisen apua selvitäkseen ongelmistaan tai parantuakseen sairaudestaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen ja tuottamisen ohjattavuuden ja hallittavuuden kannalta systeemitasoinen toiminnanohjaustieto on kytkettävä palvelujen johtamiseen. Palveluintegraation syventämisessä on merkityksellistä positiivisen ja osallistavan ilmapiirin luominen, kokeilujen salliminen sekä asiantuntijatiedon hyödyntäminen palvelujärjestelmän uudistamista koskevassa päätöksenteossa. Mikäli sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa ei jatkossa onnistuta rakentamaan yhteistyöhön perustuvaa rajapinta-ajattelua yhtäältä julkisesti ja muulla tavoin tuotettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen välillä sekä toisaalta palvelujen käyttäjien ja yhteisöjen kannalta toimivia terveyden edistämisen prosesseja maakuntien ja kuntien välille, sosiaali- ja terveyspalvelu-uudistuksen suuret toiminnalliset ja kustannussäästöihin tähtäävät tavoitteet jäävät toteutumatta. Maakuntaorganisaatioissa palveluintegraation keskeisenä edellytyksenä on poliittisen johdon ja virkamiesjohdon yhteneväisen käsityksen luominen palveluintegraation tarpeesta, tavoitteista ja keinoista.

**Tutkimuksen keskeinen yhteenveto tietojärjestelmien integraatiota koskien on esitetty seuraavassa:**

Yhtenäinen ja semanttinen tieto palvelee kaikkia sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimijoita – palvelujen järjestäjiä, tuottajia, asiakkaita, työntekijöitä ja erilaisissa positioissa olevia päätöksentekijöitä. Tietojärjestelmien uudistaminen vaatii kuitenkin johdonmukaisuutta, kokeiluja, uusien palvelumahdollisuuksien havainnointikykyä ja kokonaisvaltaista ymmärrystä asiakas- ja potilaskohtaisen tiedon käyttömahdollisuuksista. Asiakaslähtöisyyden merkitys tietojärjestelmien kehittämisessä ei saa jäädä ”iskusanan” asteelle, vaan siihen on sitouduttava palvelujärjestelmän kokonaisuudessa toimintaa ja tietojärjestelmiä yhdistävänä elementtinä

Suurin riski palvelu- ja tietojärjestelmäintegraation epäonnistumiselle on tämän tutkimuksen aineiston perusteella poliittisten päättäjien ideologiset intohimot ja päätöksenteon poukkoileminen: niiden vuoksi saatetaan vaarantaa koko tähänastinen kehitys ja siinä osittain havaittu johdonmukaisuus tiedon integroinnin suhteen.

## 5.2 Tiekartta syvenevään integraatioon

### Johtaminen

- Maakuntatason sote-johdon (tilaajat ja tuottajat) yhteinen johtamisvalmennus vuosina 2017–2018; painopisteenä asiakaslähtöisen palvelujohtamisen periaatteet. Valmennuksessa mukana myös poliittiset päätöksentekijät, yrityssektorin ja kolmannen sektorin palvelun tuottajat.
- Johtamisvalmennuksessa on otetta huomioon yhteiskunnan muutos, jonka keskeisiä tekijöitä ovat digitalisoituminen, supistuvat taloudelliset reunaehdot, sosiaali- ja terveyspalvelujen monimuotoistuminen ja yhteiskunnan yleinen mediallistuminen. Viimeksi mainittu viittaa siihen, että valmennuksessa on erityisenä huomion kohteena myös viestinnälliset asiat.

### Strategia

- Maakuntakohtaisten sote-strategioiden laatiminen avoimena strategia- ja innovaatioprosiessina vuosina 2018–2019. Strategioiden rakentamisessa tulee osallistaa myös palvelujen käyttäjiä ja palvelujen käyttäjiä koskevia intressiryhmiä.
- Asiakaslähtöisen johtamistiedon saatavuuden varmistaminen avointen strategiaprosessien tueksi.

### Henkilöstö

- Asiakaslähtöisen palvelukulttuurin rakentaminen koko henkilöstöön tapahtuu pitkäaikaisella valmennuksella ja ylipäänsä kannustavalla ja motivoivalla johtamisotteella ja verkostojohtamisen periaatteilla.
- Asiakaslähtöistä toimintamallia tukevien ja kannustavien kannustinjärjestelmien rakentaminen.

### Toiminnanohjaus, resurssienhallinta ja kumppanuudet

- Asiakaslähtöisten suunnittelu- ja raportointimallien rakentaminen 2017–2019.
- Sosiaali- ja terveyspalvelujen budjetointi tavalla, joka ottaa huomioon resurssien uudelleen allokoinnit budjettivuoden kuluessa vuosina 2018–2019.
- Maakuntakohtaisten kumppanuusstrategioiden laatiminen vuosina 2018–2019. Kumppanuusstrategioissa otetaan huomioon myös kumppanuutta edistävien hankintakäytäntöjen integrointi osaksi palvelujen järjestämistä ja tuottamista.

### Prosessit

- Sosiaali- ja terveyspalvelujen prosessien tunnistaminen, nimeäminen ja johtaminen asiakaslähtöisyyttä edistävällä tavalla vuosina 2018 – 2019.
- Palveluprosessien uudistamisen toimintatapojen kirkastaminen vuosina 2018 – 2019.
- Kokeilukulttuurin vahvistaminen maakuntakohtaisilla laajoilla palveluintegraatiota edistävillä kehittämishankkeilla vuosina 2019 – 2020.

### Tietojärjestelmät

- Asiakaslähtöisyys tulee määritellä tietojärjestelmien toimintaa tukevasta ja sille arvoa luovasta näkökulmasta mahdollisimman pian osana kokonaisarkkitehtuuria (kaikilla hierarkiatasoilla).
- Edelliseen liittyen, ja jatkoksi, tulee laatia kaikkia yhteistyötahoja ja järjestelmätoimittajia sitouttava toimeenpanosuunnitelma asiakaslähtöisestä tietojärjestelmän kokonaisuunnittelusta mahdollisimman pian kaikilla hierarkiatasoilla. Suunnitelmassa olisi syytä erikseen huomioida palvelutuotannon logiikka sekä palvelukohtaamisen näkökulma.

# LÄHTEET JA TAUSTA-AINEISTO

## Kirjallisuuskatsaus

- Ahgren, B (2010). Mutualism and antagonism within organisations of integrated health care. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 24 Iss: 4, pp.396 – 411.
- Baillie, L, Gallini, A, Corser, R, Elworthy, G, Scotcher, A, & Barrand, A (2014). Care transitions for frail, older people from acute hospital wards within an integrated healthcare system in England: a qualitative case study. *International Journal of Integrated Care*, 14(1).
- Calciolari, S, & Ilinca, S (2011). Comparing (and learning from) integrated care initiatives: An analytical framework. *Journal of Integrated Care*, 19(6), 4-13.
- Cameron, A, Bostock, L & Lart, R (2014). Service user and carers perspectives of joint and integrated working between health and social care. *Journal of Integrated Care*, 22(2), 62-70.
- Dunér, A, Blomberg, S, & Hasson, H (2011). Implementing a continuum of care model for older people- results from a Swedish case study. *International Journal of Integrated Care*, 11, e136.
- Fischbacher-Smith, M (2015). Mind the gaps: Managing difference in partnership working. *Public Money & Management*, 35(3), 195-202.
- Fisher, M P, & Elnitsky, C (2012). Health and social services integration: A review of concepts and models. *Social Work in Public Health*, 27(5), 441-468.
- Gray, A M & Birrell, D (2016). Integrated commissioning and structural integration: The experience of Northern Ireland. *Journal of Integrated Care*, 24(2), 67-75.
- Hansson, J, Øvretveit, J & Brommels, M (2012). Case study of how successful coordination was achieved between a mental health and social care service in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*, 27(2), e132-e145.
- Holum, L C (2012). "It is a good idea, but..." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 12(1).
- King, G, O'Donnell, C, Boddy, D, Smith, F, Heaney, D, & Mair, F S (2012). Boundaries and e-health implementation in health and social care. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 12(1).
- Mur-Veeman, I, van Raak, A & Paulus, A (2008). Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter? *Health Policy*, 85(2), 172-183.
- Nguyen, O K, Chan, C V, Makam, A, Stieglitz, H & Amarasingham, R. (2015). Envisioning a social-health information exchange as a platform to support a patient-centered medical neighborhood: A feasibility study. *Journal of General Internal Medicine*, 30(1), 60-67.
- Norman, C, & Axelsson, R (2007). Co-operation as a strategy for provision of welfare services - A study of a rehabilitation project in Sweden. *European Journal of Public Health*, 17(5), 532-536.
- Sandström, U, Axelsson, R & Stålsby, C (2005). Inter-organisational integration for rehabilitation in Sweden - variation in views on long-term goals. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 5, 1-11.
- Stroetmann, K A (2012). Achieving the integrated and smart health and wellbeing paradigm: A call for policy research and action on governance and business models. *International Journal of Medical Informatics*, 82(4), e29-e37.
- Visse, M, Widdershoven, G A M & Abma, T A (2012). Moral learning in an integrated social and healthcare service network. *Health Care Analysis*, 20(3), 281-296.



Øvretveit, J, Hansson, J & Brommels, M (2010). An integrated health and social care organisation in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. *Health Policy*, 97(2-3), 113-121.

## Muu tutkimuskirjallisuus ja tausta-aineisto

Aalto, A-M, Manderbacka, K, Muuri, A, Karvonen, S, Junnila, M & Pekurinen, M (2016). Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4, maaliskuu 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Asiakasasiakirjalaki (254/2015). Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150254>. Viitattu: 29.11.2016.

Asiakastietolaki (159/2007). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. Viitattu: 28.6.2016.

Barrick, M R, Thurgood, G R, Smith, T A & Courtright, S H (2015). Collective organizational engagement: linking motivational antecedents, strategic implementation, and firm performance. *Academy of Management Journal* 58(1): 111 – 135.

Birkland, T A (2016). An introduction to the policy process. Theories, concepts and models of public policy making. Routledge, New York.

Clarke, A. (2006). Evidence-based evaluation in different professional domains: similarities, differences and challenges. In: Shaw, I F, Greene, J & Mark M M (eds.): *The SAGE handbook of evaluation. Policies, programs and practices*. Sage Publications, London ym., 559 – 581.

Colander, D & Kupers, R (2014). Complexity and the art of public policy. Solving society's problems from the bottom up. Princetown University Press, Princetown and Oxford.

Guba E & Lincoln, Y S (1989). Fourth generation evaluation. Sage Publications, Newbury Park.

Doz, Y L & Kosonen, M (2010). Embedding strategic agility: a leadership agenda for accelerating business model renewal. *Long Range Planning* 43(2-3): 370 – 382.

Doz, Y & Kosonen, M (2014). Governments for the future: building the strategic and agile state. *Sitra studies* No 80, Helsinki.

EFQM (2012). An overview of the EFQM excellence model. [http://www.efqm.org/sites/default/files/overview\\_efqm\\_2013\\_v1.1.pdf](http://www.efqm.org/sites/default/files/overview_efqm_2013_v1.1.pdf). Viitattu: 28.11.2016.

European Comission (2011a). eHealth Benchmarking III. Final report. Deloitte & Ipsos Belgium. [https://ec.europa.eu/digital-single-market/sites/digital-agenda/files/ehealth\\_benchmarking\\_3\\_final\\_report.pdf](https://ec.europa.eu/digital-single-market/sites/digital-agenda/files/ehealth_benchmarking_3_final_report.pdf). Viitattu: 20.6.2016.

European Comission (2011b). European Interoperability Framework (EIF) for European public services. ISA – Interoperability Solutions for European Public Administration. [http://ec.europa.eu/isa/documents/isa\\_annex\\_ii\\_eif\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/isa/documents/isa_annex_ii_eif_en.pdf). Viitattu: 20.6.2016.

Fink, A (2005). Conducting research literature reviews: From the internet to paper (2nd ed. ed.). Thousand Oaks: SAGE.

Fuchs, G & Shapira, P (2005). Rethinking regional innovation and change: path-dependency or regional breakthrough? Springer, New York.

Gomm, R, Hammersley, M & Foster, P (eds.) (2000). Case study method. Key texts, key issues. Sage Publications, London ym.

Gumuslougly, L & Ilsev, A (2009). Transformational leadership, creativity and organizational innovation. *Journal of Business Research* 62(4), 461-473.

Henkilötietolaki (523/1999). Säädosnumero 22.4.1999/523. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>. Viitattu: 24.11.2016.

Huovila, M, Aaltonen, A, Porrasmaa, J, Laaksonen, M & Korhonen, M (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen kokonaisarkkitehtuuri - Periaatteet ja yhteiset linjaukset. Ohjaus 12/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Jing, F F & Avery G C (2016). Missing links in understanding the relationship between leadership and organizational performance. *International Business & Economics Research Journal* 15(3): 107 – 118.

JRC (2014). European Hospital Survey: Benchmarking Deployment of e-Health Services (2012–2013). Final report. Joint Research Centre of the European Commission.

[http://ec.europa.eu/information\\_society/newsroom/cf/dae/document.cfm?doc\\_id=4713](http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/dae/document.cfm?doc_id=4713). Viitattu: 20.6.2016.

Järvinen, P (2013). IS reviews 2014. Informaatitieteiden yksikön raportteja 35/2014. Tampereen yliopisto, Tampere.

Kanta (2016). Kanta-palveluiden www-sivusto. <http://www.kanta.fi>. Viitattu: 27.11.2016.

Kiiski Kataja, E (2016). Megatrendit 2016. Tulevaisuus tapahtuu nyt. Muistio 14.1.2016. Sitra. [https://www.sitra.fi/julkaisut/Muut/Megatrendit\\_2016.pdf](https://www.sitra.fi/julkaisut/Muut/Megatrendit_2016.pdf). Viitattu: 1.12.2016.

Kiviaho, K, Winblad, I & Reponen, J (2004). Terveydenhuollon toimintaprosesseja ja asiointia tukevat atk-sovellukset Suomessa: Kartoitus ja käyttöanalyysi. FinnTelemedicum, Oulu.

Kindström, D, Kowalkowski, C & Sandberg, E (2013). Enabling service innovation: A dynamic capabilities approach. *Journal of Business Research* 66(8), 1063-1073.

Kodner, D (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 13(4), 6-15.

Kovjanic, S, Schuh, S C & Jonas, K (2013). Transformational leadership and performance: An experimental investigation of the mediating effects of basic needs satisfaction and work engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 86(4): 543 – 555.

Kurkela, K, Virtanen, P (2015). Edelläkävijäkunnat uudistavat toimintaansa eivätkä sammaloidu. Suomen Kuntaliiton julkaisusarja 2/2015. Verkkojulkaisu:

[http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=3151](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3151). Viitattu: 30.11.2016.

Kurkela, K, Virtanen, P, Stenvall, J & Tuurnas, S (2016). Älykäs kokeilu- ja kehittämistoiminta kunnissa. Kuntien kokeilutoiminta älykkäiden kokonaisratkaisujen mahdollistajana. Loppuraportti. Acta No. 263. The Association of Finnish Local and Regional Authorities & University of Tampere. Helsinki.

Laitinen, I, Stenvall, J (2016). Entering the era of third generation services – a comparative study of reforms in social and health care services. *Journal of Adult and Continuing Education*. Vol. 22(1) 68-87

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta (250/2014). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140250>. Viitattu 20.11.2016.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta (1227/2010). <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101227>. Viitattu 28.6.2016.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta (811/2000). 22.9.2000/811. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000811>. Viitattu: 28.6.2016.

Lincoln, Y.S., Guba, E.G. (2000). The only generalization is: there is no generalization. In: Gomm, R. ym. (eds.) *Case study method. Key texts, key issues*. Sage Publications, London ym., p. 27 – 44.

Litchfield, R C, Ford, C M & Gentry, R J (2014). Linking individual creativity to organizational innovation. *Journal of Creative Behavior* 49(4), 279-294.

Lyngsø, A M, Godtfredsen, N S, Høst, D & Frølich, A (2014). Instruments to assess integrated care: a systematic review. *International Journal of Integrated Care* 14(3). 1-15.

Maglio, P & Breidbach, C (2014). Service science: toward systematic service system innovation. In: Newman A & Leung J (eds.). *Bridging data and decision*. *Tutorials in Operations Research*, p 161-170.

- Maglio, P & Spohrer, J (2013). A service science perspective on business model innovation. *Industrial Marketing Management* 42(5): 665 – 670.
- Minzberg, H, Ahlstrand, B & Lampel, J (2009). *Strategy safari. Your complete guide through the wilds of strategic management*. Prentice Hall, Harlow.
- Molin, M D & Masella, C (2016). From fragmentation to comprehensiveness in network governance. *Public Organization Review* 16(4): 493 – 508.
- Moulaert, F, Martinell, F, Gonzáles, S & Swyngedouw, E (2007). Introduction: social innovation and governance in European cities. *Urban development between path dependency and radical innovation*. *European Urban and Regional Studies* 14(3), 195-209.
- Morton, M J & Lurie, N (2013). Community resilience and public health practice. *American Journal of Public Health* 103(7): 1158 – 1160.
- Mykhalovsky, E & Weir, L (2004). The problem of evidence-based medicine: directions for social science. *Social Science and Medicine* 59(5): 1059 – 1069.
- Oldham, G R & Hackman, J R (2005). How job characteristics theory happened? In: Smith, K G & Hitt, M A (eds.) *Great minds on management. The process of theory development*. Oxford University Press, Oxford, p. 151 – 170.
- Pawson, R & Tilley, N (1997). *Realistic evaluation*. Sage Publications, London ym.
- Pfeffer J & Sutton R I (2006). *Hard facts, dangerous half-truths & total nonsense. Profiting from evidence-based management*. Harvard Business School Press, Boston Massachusetts.
- Pyöriä, P (2001). *Tietoyhteiskunnassa työelämän vaatimukset kiristyvät*. Teoksessa: Blom, R, Melin, H & Pyöriä, P (toim.), *Tietotyö ja työelämän muutos: palkkatyön arki tietoyhteiskunnassa*. Gaudeamus, Helsinki, 2001.
- Rannisto, P-H (toim.) (2015). *Syytön, sankari vai konna? Tampereen toimintamallin arviointi*. Acta 257, Suomen Kuntaliitto.
- Reponen, J, Kangas, M, Hämäläinen, P & Keränen, N (2015). *Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014: Tilanne ja kehityksen suunta*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki.
- Rhodes, G & Shiel, G (2007). Meeting the needs of the workplace and the learner through work-based learning. *Journal of Workplace Learning* 19(3): 173 – 187.
- Scotchmer, S (2004). *Innovation and incentives*. MIT Press, Cambridge Massachusetts.
- Lakiluonnokset 29.6. (2016). *Sote-uudistuksen ja maakuntien perustamisen alustavat lakiluonnokset*. Lakiluonnokset, kuntakohtaiset laskelmat ja muistiot. Sote-uudistus -verkkosivusto, STM ja VM. <http://alueuudistus.fi/lakiluonnokset>. Viitattu: 27.11.2016.
- Stenvall, J & Virtanen, P (2012). *Sosiaali- ja terveystieteiden uudistaminen*. Tietosanoma, Helsinki
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Säädösnúmero 1301/2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>. Viitattu: 17.11.2016.
- Sung, C S & Lee, G (2016). Organizational climate, leadership, organization size, and aspiration for innovation in government agencies. *Public Performance & Management Review*, 39(4), 757-782.
- Teisberg, E O, Porter, M E & Brown, G B (1994). Making competition in health care work. *Harvard Business Review* 72(4), 131-141.
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010). Säädösnúmero 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu: 28.6.2016.
- Tietohallintolaki (634/2011). Laki julkisen hallinnon tietohallinnon ohjauksesta 634/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110634>. Viitattu: 28.6.2016.

Tietosuoja-asetus (2016/679). Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2016/679 luonnollisten henkilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä sekä näiden tietojen vapaasta liikkuvuudesta ja direktiivin 95/46/EY kumoamisesta (yleinen tietosuoja-asetus). Euroopan unionin virallinen lehti, L 119/1. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=FI>. Viitattu: 1.12.2016.

Tuurnas, S (2016). The professional side of co-production. Acta Universitatis Tamperensis 2163, Tampere.

Vaccaro, I G, Jansen, J J P, Van Den Bosch, F A J & Volberda, H W (2010). Management innovation and leadership: The moderating role of organizational size. Journal of Management Studies 49(1), 28-51.

VAHTI (2016). EU-tietosuojan kokonaisuudistus. VAHTI-raportti – 1/2016. Julkisen hallinnon ICT. Valtiovarainministeriö. [https://www.vahtiohje.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=ddb05959-40d1-435f-af23-fd20fc21d63f&groupId=10229](https://www.vahtiohje.fi/c/document_library/get_file?uuid=ddb05959-40d1-435f-af23-fd20fc21d63f&groupId=10229). Viitattu: 29.11.2016.

Valtioneuvosto (2016). Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistuksen linjaukset. Neuvottelutulos 5.4.2016. <http://vnk.fi/documents/10616/2287640/Sosiaali-+ja+terveydenhuollon+ja+aluehallintouudistuksen+linjaukset+5.4.2016/7382c141-45aa-433f-af74-6fc579e76de0>. Viitattu: 20.6.2016.

Valtioneuvoston kanslia (2015). Valtioneuvoston päätöksentekoa tukeva selvitys- ja tutkimussuunnitelma 2016. Valtioneuvoston yleisistunto 3.12.2015. <http://tietokayttoon.fi/documents/10616/1927471/Valtioneuvoston+p%C3%A4%C3%A4t%C3%B6ksentekoa+tukeva+selvitys-+ja+tutkimussuunnitelma+2016.pdf/6f0d707a-66f9-405a-bac2-6a6c614da4cb>. Viitattu: 20.6.2016.

Vargo, S L & Lusch, R F (2008). Service-dominant logic: continuing the evolution. Journal of the Academy of Marketing Science 36(1): 1 – 10.

Venkat, R & Kerimcan, O (2013). Strategy and co-creation thinking. Strategy & Leadership 41(6), 5 – 10.

Virtanen, P & Kaivo-oja, J (2015). Public services and emergent systemic societal challenges. International Journal of Public Leadership 11(2): 77 – 91.

Virtanen, P & Stenvall, J (2017). Intelligent health policy. Springer. Ilmestyy vuonna 2017.

Weissert, W G & Weissert, C S (2012). Governing health. The politics of health policy. The Johns Hopkins University Press, Baltimore.

Winblad, I (2008). Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö suomen terveydenhuollossa vuonna 2007 : Tilanne ja kehityksen suunta. Stakes, Helsinki.

Windblad, I (2006). Informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttö Suomen terveydenhuollossa vuonna 2005 : Tilanne ja kehityksen suunta. Stakes, Helsinki.

Winblad, I, Reponen, J & Hämäläinen, P (2012). Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2011: Tilanne ja kehityksen suunta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

## Tilinpäätökset ja toimintakertomukset

Eksote (2016). Tilinpäätös ja toimintakertomus 2015. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. [http://www.eksote.fi/eksote/maksut-ja-taloukset/tilinpaatos/Documents/Eksote\\_Tilinpaatos%20ja%20toimintakertomus%202015.pdf](http://www.eksote.fi/eksote/maksut-ja-taloukset/tilinpaatos/Documents/Eksote_Tilinpaatos%20ja%20toimintakertomus%202015.pdf). Viitattu: 5.9.2016.

Eksote (2011). Toimintakertomus 2010. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri. [http://www.eksote.fi/eksote/maksut-ja-taloukset/tilinpaatos/Documents/Toimintakertomus\\_2010.pdf](http://www.eksote.fi/eksote/maksut-ja-taloukset/tilinpaatos/Documents/Toimintakertomus_2010.pdf). Viitattu: 5.9.2016.

Hattulan kunta (2016). Hattulan kunnan toimintakertomus ja tilinpäätös 2015. <http://www.hattula.fi/wp-content/uploads/2015/12/Tasekirja-2015.pdf>. Viitattu: 5.9.2016.

Hattulan kunta (2011). Toimintakertomus ja tilinpäätös 2010.

Hollolan kunta (2016). Hollolan kunnan tilinpäätös 2015. Kunnanhallitus 29.3.2016. [http://www.hollola.fi/library/files/57cd14a1c9105838170092b4/toimintakertomus\\_2015.pdf](http://www.hollola.fi/library/files/57cd14a1c9105838170092b4/toimintakertomus_2015.pdf). Viitattu: 5.9.2016.

Hollolan kunta (2011). Hollolan kunnan tilinpäätös 2010. Kunnanhallitus 28.3.2011.

Hämeenlinnan kaupunki (2016). Hämeenlinnan kaupungin tilinpäätös 2015. Kaupunginvaltuusto. [http://www.hameenlinna.fi/pages/43041/2015\\_TP.pdf](http://www.hameenlinna.fi/pages/43041/2015_TP.pdf). Viitattu: 5.9.2016

Hämeenlinnan kaupunki (2011). Hämeenlinnan kaupungin tilinpäätös 2010. Kaupunginvaltuusto.

Salon kaupunki (2016). Tilinpäätös 2015. <http://www.salo.fi/attachements/2016-06-23T10-17-1886.pdf>. Viitattu: 5.9.2016.

Salon kaupunki (2011). Tilinpäätös 2010. <http://www.salo.fi/attachements/2011-06-29T15-42-4686.pdf>. Viitattu: 5.9.2016

Kuusamon kaupunki (2016). Tilinpäätös ja toimintakertomus 2015. [http://www.kuusamo.fi/sites/default/files/tilinpaatos\\_ja\\_toimintakertomus\\_2015.pdf](http://www.kuusamo.fi/sites/default/files/tilinpaatos_ja_toimintakertomus_2015.pdf). Viitattu 5.9.2016.

Kuusamon kaupunki (2011). Tilinpäätös ja toimintakertomus 2010.

Tampereen kaupunki (2016). Tilinpäätös 2015. Tampereen kaupunki, konsernihallinto. [http://www.tampere.fi/tiedostot/t/J3q1lmhID/Tilinpaatos\\_2015\\_kv\\_16.05.2016.pdf](http://www.tampere.fi/tiedostot/t/J3q1lmhID/Tilinpaatos_2015_kv_16.05.2016.pdf). Viitattu: 5.9.2016.

Tampereen kaupunki (2011). Tilinpäätös vuodelta 2010. Tampereen kaupungin konsernihallinnon talous- ja strategiaryhmä. [http://www.tampere.fi/liitteet/t/5yTIVQ3ZM/TP2010-kirja\\_lopullinen\\_versio\\_PAINOON.pdf](http://www.tampere.fi/liitteet/t/5yTIVQ3ZM/TP2010-kirja_lopullinen_versio_PAINOON.pdf). Viitattu: 5.9.2016.

Turun kaupunki (2016). Turun kaupungin tilinpäätös 2015. Kaupunginhallitus 29.3.2016. [https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/turun\\_kaupungin\\_tilinpaatos\\_2015\\_sahkoinen\\_versio.pdf](https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/turun_kaupungin_tilinpaatos_2015_sahkoinen_versio.pdf). Viitattu 5.9.2016.

Turun kaupunki (2011). Turun kaupungin tilinpäätös 2010. Kaupunginhallitus 28.3.2011. [https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tilinpaatos\\_2010.pdf](https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tilinpaatos_2010.pdf).

## Tietokannat

Cochrane Library. <http://www.cochranelibrary.com/>

EBSCOhost Academic Search Premier. <https://www.ebscohost.com/>

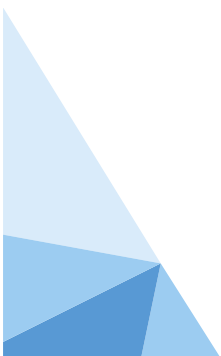
Emerald. <http://www.emeraldinsight.com/>

ProQuest. <http://search.proquest.com/>

PubMed Central. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/>

Scopus. <https://www.scopus.com/>

Web of Science. <http://apps.webofknowledge.com>



# LIITTEET

## Liite 1. Systemaattisen kirjallisuushaun toteutuksen yksityiskohtainen kuvaus

### Liitetaulukko 1. Haussa käytettyjen tietokantojen kuvaus

Tietokanta	Aihealue	Kattavuus
Scopus (Elsevier API) viitetietokanta	Monitieteellinen: mm. tietotekniikka; yhteiskuntatieteet; johtaminen; taloustiede; rahoitus; lääketiede; hoitotiede; psykologia;	<ul style="list-style-type: none"><li>n. 19 000 tieteellistä lehteä yli 5000 kustantajalta</li><li>1 800 open access -lehteä, 4,6 milj. konferenssijulkaisua,</li><li>hyödyntää internetin tieteellistä sisältöä, hakien 386 miljoonasta tieteellisestä nettisivustosta ja yli 80 valikoidusta lähteestä, kuten instituutioiden arkistotietokannoista, digitaalisista arkistoista ja erilisistä aihekokoelmista.</li></ul>
EBSCOhost Academic Search Premier lehtitietokanta	Monitieteellinen: mm. hallintotieteet; tietojenkäsittely; sosiaalipolitiikka; terveystieteet; informaatiotutkimus; yhteiskuntatieteet; sosiologia; käyttäytymistieteet;	<ul style="list-style-type: none"><li>yli 4700 jouluaalia, n. 13,600 indeksoitua abstraktia</li><li>4000 tieteellisesti arvioitua kokotekstijouluaalia</li></ul> <p>Lähde: EBSCOhost (2016). Research databases. <a href="https://www.ebscohost.com/academic/academic-search-premier">https://www.ebscohost.com/academic/academic-search-premier</a>.</p>
ProQuest viitetietokanta	Monitieteellinen: sosiaalitieteet, terveys- ja lääketieteen sekä psykologian alalta	<p>Tampereen yliopistolla käytössä 21 tietokantaa: mm.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA)</li><li>International Bibliography of the Social Sciences (IBSS)</li><li>Library and Information Science Abstracts (LISA)</li><li>PAIS International</li><li>ProQuest Social Science Journals</li><li>ProQuest Sociology</li><li>PsycINFO</li><li>Social Services Abstracts</li><li>Sociological Abstracts</li></ul>
Web of Science viitetietokanta	Monitieteellinen: terveystieteet; yhteiskuntatieteet; luonnontieteet; käyttäytymistieteet	<ul style="list-style-type: none"><li>yli 12,000 jouluaalia</li><li>160 000 konferenssijulkaisua</li></ul> <p>Lähde: Web of Science (2016). The complete citation connection. <a href="http://wokinfo.com/citationconnection/realfacts/#regional">http://wokinfo.com/citationconnection/realfacts/#regional</a>.</p>
Emerald Journals lehtitietokanta	Monitieteellinen: mm. sosiaalityö, sosiaali- ja terveydenhuolto, sosiaalipolitiikka, terveydenhuollon hallinto, informaatio- ja tietohallinto, julkisen sektorin hallinto, organisaatiotutkimus, hallintotieteet, informaatiotieteet, tekniikka.	<ul style="list-style-type: none"><li>lähes 300 vertaisarvioitua kokotekstilehteä</li><li>yli 130,000 artikkelia</li></ul> <p>Lähde: Emerald (2016). eJournals. A leading library of management research. <a href="http://www.emeraldgroupublishing.com/products/collections/pdf/ejournals_brochure.pdf">http://www.emeraldgroupublishing.com/products/collections/pdf/ejournals_brochure.pdf</a>.</p>
ScienceDirect lehtitietokanta	Monitieteellinen: mm. sosiaalipolitiikka, tietojenkäsittely, hoitotiede.	<ul style="list-style-type: none"><li>Elsevierin kustantamien yli 2000 lehden kokotekstiaartikkelit.</li></ul>
PubMed Central lehtitietokanta	Terveystieteet	<ul style="list-style-type: none"><li>n. 160 jouluaalia (NML - U.S. National Library of Medicine)</li></ul>
Cochrane Library viitetietokanta	Terveystieteet; kansanterveys.	<ul style="list-style-type: none"><li>Terveystieteiden vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta systemoituja katsauksia (Systematic Reviews).</li></ul>

### Tutkimuskysymys

Mitä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia palvelujen ja tietojärjestelmien integraatiolla on saatu kansainvälisen kirjallisuuden perusteella?

### Hakulauseke

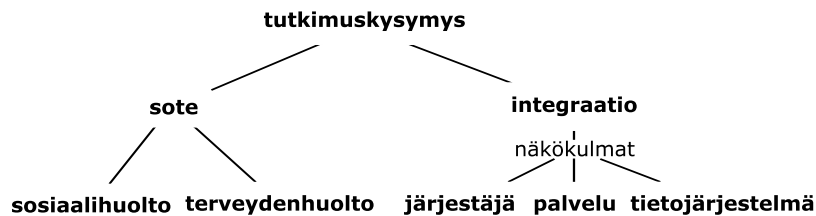
Käsitteelliset kokonaisuudet ovat:

- kohdealue: sosiaali- ja terveydenhuolto
- mistä aiheesta tietoa halutaan: integraatio
- integraation näkökulmat: järjestäjä, palvelut, tietojärjestelmät.

Tarkennus "toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia" on syytä jättää haun ulkopuolelle, koska niitä käsitellään tavalla tai toisella kohdealueeseen ja integraation näkökulmiin liittyvissä artikkeleissa. Sama koskee integraation muotoja, kuten horisontaalisuus ja vertikaalisuus. Näin

monisyisen aiheen hakulauseke ei paisu hallitsemattomaksi. Käsitekartassa 1 esitetään tutkimuskysymyksen rakenne hakulausekkeen muotoilun pohjaksi.

### Käsitekartta 1. Tutkimuskysymyksen rakenne hakulausekkeen muodostamisessa



Hakulausekkeen avulla pitäisi siis löytää resursseihin nähden riittävästi artikkeleita: sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiosta, jossa huomioidaan järjestäjä (julkinen, yksityinen tai vapaaehtoistoiminta), palvelu ja tietojärjestelmä. Ennen hakulausekkeen määrittelyä termien synonyymeistä koostettiin asiasanalista hyödyntäen niin suomalaisia<sup>16</sup> kuin ulkomaisia<sup>17</sup> asiasanastoja. Asiasanalistan termien painoarvoa testattiin tietokantahauilla siten, että hakulausekkeeseen tulisi riittävän relevantit termit. Testihakujen perusteella käytettävät termit ja sanaliitot valikoituivat seuraaviksi liitetaulukko 2:n mukaisesti.

### Liitetaulukko 2. Hakulausekkeissa käytetyt termit ja sanaliitot

sote		näkökulmat			
sosiaalihoito	terveydenhoito	järjestäjä	palvelu	tietojärjestelmä	integraatio
"social care" "social welfare" "social service" "social work"	"health care" healthcare	government* public organisation* organization*	service*	"information system*" "enterprise architecture" "information architecture" "information service" "information technology" "information policy" ict "data processing system" "data system" "information transfer" "record system"	"integrated care" integration integrated

**Hakusanojen kombinaatiot** muodostettiin Boolean operaattoreilla siten, että hakutulokset ovat resursseihin suhteutettuna tarkoituksenmukaisen kattavat. Hakulauseke oli muotoiltava hakemaan sote-alueen artikkelit, joissa on mukana kaikki integraationäkökulmat erikseen. Tuo voidaan esittää yleisenä algoritmina: *sote AND ((näkökulmat) AND integraatio)*.

Sote-komponentissa on huomioitava se, että artikkeleissa on oltava tavanomaisemman<sup>18</sup> vertikaalisen integraation lisäksi myös horisontaalista integraatiota. Huolena oli myös se, että sosiaalihoitoa ei huomioitaisi riittävästi oleellisena osana sotea. Hauissa terveydenhuollon artikkeleita löytyi 6–10 kertaa enemmän kuin sosiaalihoollon artikkeleita, ja näin ollen kyse oli myös resursseihin liittyvästä rajoitteesta. Hakulausekkeessa sote-komponentti oli siis rajoitet-

<sup>16</sup> Sosiaalialan tiedonhallinnan sanasto, Palveluliiketoiminnan sanasto, Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto, JHS-suositusten käsitteistö, Tietohuollon sanasto, Sosiaaliturvan sanasto, Sosiaaliturvan sanasto, Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto (Lähde: TEPA (2016). Termipankki. Sanastokeskus TSK ry. <http://www.tsk.fi/tepa/>). Kuntasanasto (Lähde: VALTER (2016). Valtioneuvoston termipankki. <https://mot.kielikone.fi/mot/valter/netmot.exe>).

<sup>17</sup> Academic Search Premier -- Subject Terms, CINAHL Headings, Library, Information Science & Technology Thesaurus, Humanities Thesaurus, MeSH, MLA International Bibliography -- Thesaurus (Lähde: EBSCOhost (2016). Research databases. <https://www.ebscohost.com/academic/academic-search-premier>).

<sup>18</sup> Testihaku tuotti vertikaalisen integraation artikkeleja kolme kertaa enemmän kuin horisontaalisen integraation artikkeleita.



tava Boolean AND-operaattorilla (sosiaalihuolto AND terveydenhuolto). Sote-komponentti on siis muotoa:

*("social care" OR "social welfare" OR "social service\*" OR "social work") AND ("health care" OR healthcare)*

Integraationäkökulmien erikseen esittäminen tarkoittaa sitä, että huomioidaan erikseen palveluintegraatio ja tietojärjestelmäintegraatio (yhteinen tekijä molemmissa on *järjestäjä*). Palveluintegraatiota haetaan lausekkeella:

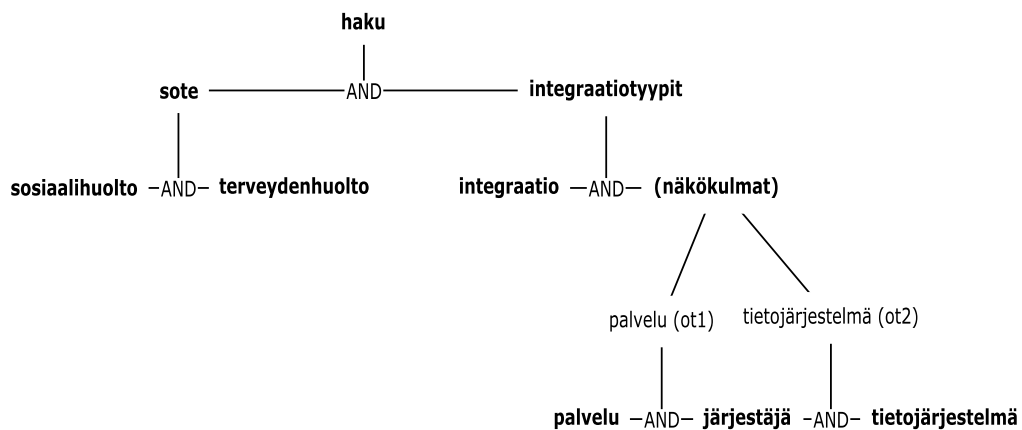
*(( government\* OR public OR organisation\* OR organization\*) AND (service\*)) AND ("integrated care" OR integration OR integrated)*

Vastaavasti tietojärjestelmäintegraatiota hakulausekkeella:

*(( government OR public OR organisation\* OR organization\*) AND ("information systems" OR "information systems" OR "enterprise architecture" OR "information architecture" OR "information service" OR "information technology" OR "information policy" OR ict OR "data processing system" OR "data system" OR "information transfer" OR "record system") ) AND ("integrated care" OR integration OR integrated)*

Käsitekartassa 2 on esitetty tiivistys käytetyistä komponenteista osatavoitteineen (ot1= palveluintegraatio, ot2= tietojärjestelmäintegraatio).

## Käsitekartta 2. Komponenttien ja operaattorien suhde



Yhdistämällä komponenttien hakusanat saadaan lopulliset hakulausekkeet sekä palvelu- että tietojärjestelmäintegraatiolle:

### Haku 1. palveluintegraatio

*(( "social care" OR "social welfare" OR "social service\*" OR "social work") AND ("health care" OR healthcare))*

*AND*

*(( (government\* OR public OR organisation\* OR organization\*) AND (service\*)) AND ("integrated care" OR integration OR integrated) )*

## **Haku 2. tietojärjestelmäintegraatio**

*(( "social care" OR "social welfare" OR "social service\*" OR "social work") AND ("health care" OR healthcare))*

*AND*

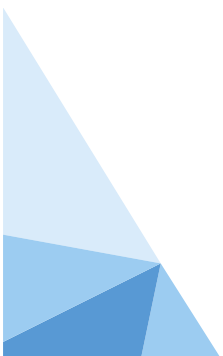
*(( (government\* OR public OR organisation\* OR organization\*) AND ("information system\*" OR "enterprise architecture" OR "information architecture" OR "information service" OR "information technology" OR "information policy" OR ict OR "data processing system" OR "data system" OR "information transfer" OR "record system"))*

*AND*

*("integrated care" OR integration OR integrated) )*

Aineistolle asetettiin tutkimussuunnitelmassa kriteeriksi, että niiden on oltava vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita vuosilta 2005 – 2016. Hakuihin lisättiin vielä rajoitteet:

- aikaväli: 2005–4/2016 (haun toteutushetki)
- artikkelityyppi: journal article / peer reviewed
- hakusana oltava osassa: abstract (title, keyword).



## Liite 2. Lista haastatelluista asiantuntijoista

1	Ahopelto Maire	Kuntayhtymän johtaja, Kainuun sote
2	Forsberg Mika	Peruspalvelujohtaja, peruspalvelukeskus Oiva, Hollola
3	Hartikainen Kauko	Erityisasiantuntija, Kuntaliitto
4	Hyvärinen Janne	Kehittämispalvelujen esimies, Salo
5	Itkonen Pentti	Toimitusjohtaja, Eksote
6	Kahri Pekka	Tietojohtaja, THL
7	Kalijärvi Teemu	Toiminnantarkastuspäällikkö, VTV
8	Kantola Pekka	Tietohallintojohtaja, Kuusamo
9	Kinnunen Juha	Johtaja, KSSHP
10	Kipinä Markku	Perusturvajohtaja, Kuusamo
11	Korhonen Maritta	Tietohallintoneuvos, STM
12	Kortekangas Pirkko	Tietohallintoyliääkäri, VSSH
13	Kuosmanen Taru	Hyvinvointijohtaja, Tampereen kaupunki
14	Kälviä Minna	IT-palvelupäällikkö, Eksote
15	Lahdelma Pirkko	Tarkastaja, VTV
16	Lavapuro Juha	Professori, Turun yliopisto
17	Leinonen Anitta	Perusturvajohtaja, Hattula
18	Lepojärvi Tommi	Projektijohtaja, Lapin liitto
19	Lindberg Jukka	Projektipäällikkö, Hämeen liitto
20	Lindgren Marjo	Projektikoordinaattori, Hämeen liitto
21	Majuri Tarja	Kehitysjohtaja, Hämeenlinna
22	Martikka Nina	Tarkastaja, VTV
23	Mononen Kirsi	Johtava lakimies, Kuntaliitto
24	Mykkänen Juha	Kehittämispäällikkö, THL
25	Mäki-Lohiluoma Kari-Pekka	Johtaja, KELA
26	Paavilainen Juhani	ICT-projektipäällikkö, KSSHP
27	Pakarinen Mikko	Kehittämispäällikkö, hyvinvointitoimiala, Turku
28	Parpo Antti	Muutosjohtaja, Turun kaupunki
29	Pikkarainen Marita	Kehittämisojohtaja, Kainuun Sote
30	Rautiainen Pauli	Apulaisprofessori, Tampereen yliopisto
31	Saariama Kai	Apulaiskaupunginjohtaja, Salo
32	Seppälä Antto	Johdon neuvonantaja, digitaalinen liiketoiminta, Gofore Oy
33	Ståhlberg Jaakko	Kehittämispäällikkö, kokonaisarkkitehtuurit, Turku
34	Tainio Hanna	Varatoimitusjohtaja, Kuntaliitto
35	Teperi Juha	Yksikön johtaja, HES/TaY
36	Tepponen Merja	Kehitysjohtaja, Eksote
37	Tirronen Anniina	Vs. tilaajapäällikkö, Tampere
38	Tuovinen Anna-Kaisa	Tutkija, Kelan tutkimus
39	Voutilainen Tomi	Professori, Itä-Suomen yliopisto
40	Välimäki Kari	Toimitusjohtaja, Merimieseläkekassa

## Liite 3. Kuntatapaukset

### CASE: Eksote-kuntayhtymä

#### Eksoten valikoidut tunnusluvut vuosilta 2010 ja 2015

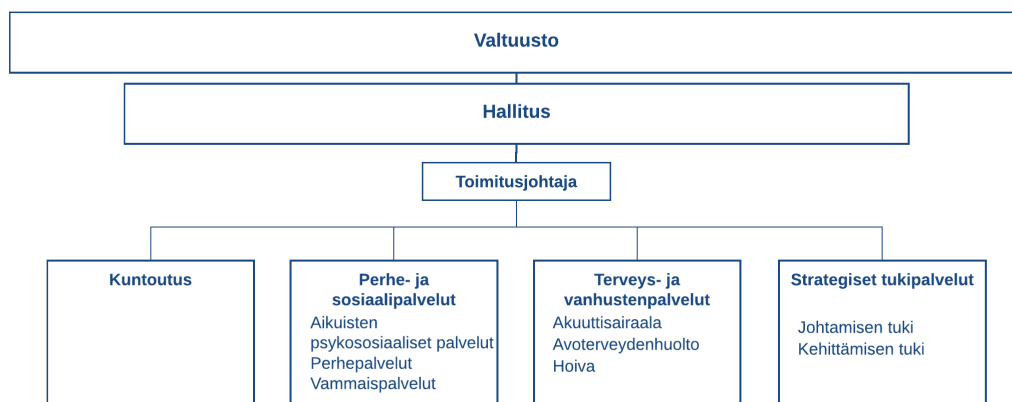
Eksote	2015	2010		2015	2010
<b>Perustiedot</b>			<b>Katetiedot</b>		
Väestöpohja*	131 155	104 359	Toimintakate / asukas	149	32
Kunnallisvero	-	-	Vuosikate / asukas	147	29
<b>Tuotot, kulut / asukas</b>			<b>Rahoitusasema</b>		
Toimintatuotot / asukas	3 434	2 794	Omavaraisuusaste, %	14,9	31,8
Toimintakulut / asukas	- 3 286	- 2 762	Suhteellinen velkaantuneisuus, %	20,7	16,6

\* Väestöpohjassa huomioitu myös Imatran väkiluku.  
Lähde: Eksoten tilinpäätökset 2015 ja 2010

#### Sosiaali- ja terveystalvelujen nykyinen organisaatio

Eksotessa on neljä vastuualuetta: kuntoutus, perhe- ja sosiaalipalvelut, terveys- ja vanhustenpalvelut sekä strategiset tukipalvelut. Vastuualueet jakautuvat Eksoten hallituksen vahvistamiin tulosalueisiin. Perhe- ja sosiaalipalveluissa niitä ovat aikuisten psykososiaaliset palvelut, perhepalvelut ja vammaispalvelut. Terveys- ja vanhustenpalveluissa akuuttisairaala, avoterveydenhuolto ja hoiva. Kuntoutuksella ei ole tulosalueyksiköitä.

#### Eksoten organisaatiokaavio vuonna 2016



#### Palveluintegraation tausta

Eksoten keskeiset arvot ovat: asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus, avoimuus ja tuloksellisuus. Ensimmäisen toimintavuotena keskeisimmiksi tavoitteiksi asetettiin asiakkaan tarpeita vastaavat avopainotteiset ja kustannustehokkaat palvelut. Seuraavien vuosien kehittämishankkeissa painottuivat asiakaskeskeiset kotona asumista tukevat toiminnot. Näiden avulla oli tarkoitus lisätä niin tuottavuutta kuin palvelutuotannon uudistamistakin. Lisäksi kehittämisessä painottuivat niin sanotut palveluiden uutta logistiikkaa vahvistavat hankkeet.

Kansalaisten palvelu asiakaslähtöisesti kattaa laajan alueen yksittäisiä toimenpiteitä. Ensiarvoista kuitenkin on, että palvelurakenteen muutoksessa laadullinen taso kyetään säilyttää-

mään. Palveluiden sekä hajauttamisessa että keskittämisessä digitaalisuutta pyritään hyödyntämään mahdollisimman paljon. Palveluintegraation kannalta tiedon on oltava mahdollisimman läpinäkyvää. Tiedon keräämisessä hyödynnetään Eksoten omaa sote-tietojohdantamisen mallia, jossa palveluiden käyttö ja kustannukset kootaan vaikuttavuusmittaritoksi.

### Palveluintegraation kohdentuminen

Eksoten toiminnan alussa merkittävin muutos oli valinnanvapauden lisääntyminen, jolloin Etelä-Karjalan terveystieteiden alueella asiakas saa palvelua yli kuntarajojen. Prosesseja kuvattiin muun muassa lastensuojelussa, sijaishuollossa, vammaispalveluissa, terveyspalveluissa sekä vanhustalupalveluissa. Lapsiperheiden palveluissa, osana Lapsen ääni -kehittämishanketta, muodostettiin Eksoten alueelle liikkuva konsultoiva työryhmä. Liikkuvasa ryhmässä yhdistettiin lapsiperheiden palveluihin niin lääkärin, psykologin, sairaanhoitajan kuin sosiaalityöntekijöiden ammattitaito. Akuutissairaalan painopistealueella integraatiota syvennettiin entisestään esimerkiksi kotiin annettavissa palveluissa ja kotiuttamistoiminnassa. Vuonna 2015 tehtiin päätös ensihoidon ja tehostetun kotisairaanhoidon yhdistämisestä sekä ”Päivystys olohuoneessa” -projektin aloittamisesta.

Myöhemmin keskityttiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroituneiden prosessien kehittämiseen. Useita alueellisia hoitoketjuja päivitettiin, jolloin muun muassa yhdistettiin ensihoidon, avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osaaminen ja yhteiset prosessit.

### Palveluintegraation vaikutukset

Jo ensimmäisenä toimintavuotena saavutettiin positiivisia vaikutuksia. Mielenterveyspalveluissa muun muassa asiakasprosessien kriittisellä tarkastelulla, konsultoinnilla ja uusilla toimintamalleilla saatiin palvelukotisijoitusten nettomäärän kasvu pysäytettyä. Toimintamallien kehittämisellä mahdollistui hoitoon hakeutuminen varhaisemmassa vaiheessa ja näin ollen kevyemmät hoidolliset ratkaisut olivat riittäviä. Päihdepalvelujen integroinnissa psykiatrian sisään saavutettiin 300 000 €:n säästöt palveluiden ostossa.

Eksoten toiminnan tavoitteet on täsmennetty vuosiksi 2014–2018 koskemaan kolmea eri näkökulmaa: asiakaslähtöisiä palveluita ja prosesseja, ihmisten osaamista sekä taloutta ja tulokellisuutta. Tuolloin erityisesti päivystyspoliklinikan ja tehosairaanhoidon yhteistyön tiivistyminen on edistänyt potilaiden nopeampaa kotiutusta.

Eksoten tietojohdantamisen mallia on tutkittu THL:n toimesta. Tietojohdantamisen mallin avulla on saatu kerätty tietoa myös toiminnan vaikutuksista. Näyttäisikin, että nykyinen toiminta on ollut tehokasta. Potilaskohtaiset kustannukset on saatu pidettyä entisissä lukemissa. Asiakaslähtöisyys arvona on hyväksytty laajalti koko henkilökunnassa.

### Sote-uudistukseen valmistautuminen palveluintegraation keinoin

Eksoten alueella sote-uudistukseen liittyvää alueellista integraatiota, ja siten toiminnan tehostamista, on toteutettu jo tämän vuosikymmenen ajan. Näin ollen siltä osin sote-suunnitelmilla ei ole merkittävää vaikutusta Eksotessa jo käynnissä olevan toiminnan kehittämisen kannalta. Kuitenkin uusia palveluihin liittyviä innovaatioita on pyritty kehittämään niin sanotusti askeleen edellä. Parhaillaan on menossa muun muassa ensihoidon ja kotihoidon yhdistäminen. ”Päivystys olohuoneessa” -projektissa ensihoito tekee tilannearvion, mahdolliset lääkehoidot, konsultoi lääkäri ja sairaalaan kuljetetaan vain sairaalahoitoa tarvitsevat potilaat.

Sote-vaatimuksia palveluintegraation kehittämisen mielessä voi pitää pikemmin kohtuuttomina ja jopa kokonaisvaltaista kehittämistoimintaa rajoittavana.

## Yhteenveto

Eksoten toiminnassa korostuu uuden luominen ja tahto tarkastella rakenteita uudella tavalla. Keskeisiksi arvoiksi todetaan asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus, avoimuus ja tuloksellisuus. Eksoten ensimmäisenä toimintavuotena asiakkaiden tarpeita vastaavat avopainotteiset ja kustannustehokkaat palvelut nousivat esille. Seuraavien vuosien kehittämishankkeissa painottuivat asiakaskeskeiset kotona asumista tukevat toiminnot. Lisäksi kehittämisessä painottuivat niin sanotut palveluiden uutta logistiikkaa vahvistavat hankkeet.

Kansalaisten palvelu asiakaslähtöisesti kattaa laajan alueen yksittäisiä toimenpiteitä. Kuitenkin olennaista palveluintegraation kannalta on, että tieto on mahdollisimman läpinäkyvää. Tiedon keräämisessä hyödynnetään Eksoten omaa sote-tietojohdantamisen mallia, jossa palveluiden käyttö ja kustannukset kootaan vaikuttavuusmittaristoksi. Tietojohdantamisen mallin avulla on saatu kerätty tietoa myös toiminnan vaikutuksista. Näyttäisikin, että nykyinen toiminta on ollut tehokasta. Potilaskohtaiset kustannukset on saatu pidettyä entisissä lukemissa. Asiakaslähtöisyys arvona on hyväksytty laajalti koko henkilökunnassa.

Eksotessa on toteutettu alueellista integraatiota sekä erilaisia sote-uudistukseen liittyviä - ennakkoluulottomiakin - kokeiluja jo useita vuosia. Näin ollen sote-uudistusten ei niinkään nähdä edistävän kehittämistyötä vaan pikemminkin haittaavan.

## CASE: Hattulan kunta

### Hattulan kunnan valikoidut tunnusluvut vuosilta 2010 ja 2015

Hattula	2015	2010		2015	2010
<b>Perustiedot</b>			<b>Katetiedot</b>		
Väkiluku	9 748	9 657	Toimintakate / asukas	-4 416	-4 039
Kunnallisveroprosentti	20,00	19,25	Vuosikate / asukas	320	225
<b>Tulot yht. / asukas</b>	<b>4 731</b>	4 267	<b>Rahoitusasema</b>		
Verotulot / asukas	3 772	3 169	Omavaraisuusaste, %	41,6	49,1
Valtionosuudet / asukas	959	0 000	Suhteellinen velkaantuneisuus, %	63,6	50,6

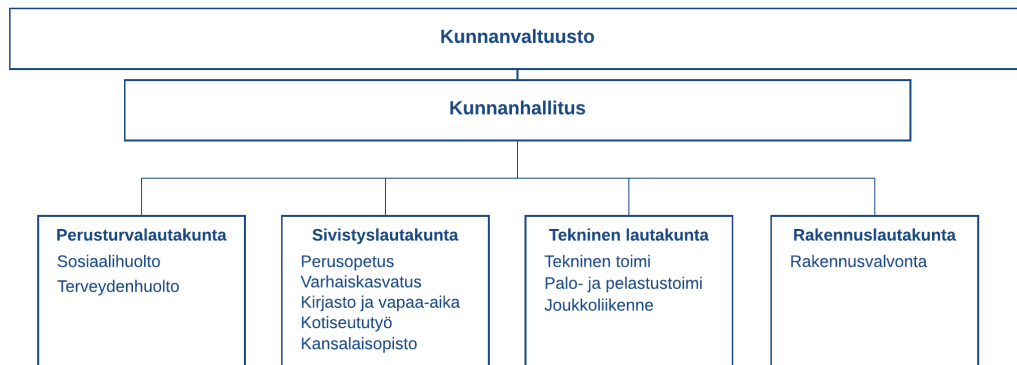
Lähde: Hattulan kunnan tilinpäätökset 2015 ja 2010

## Sosiaali- ja terveysten palvelujen nykyinen organisaatio

Hattulan kunnan sosiaali- ja terveysten palveluita tuotetaan ja kehitetään perusturvan vastuualueella. Siihen kuuluvat:

- sosiaalityö (lapsiperheiden palvelut, lastensuojelu, vammaispalvelu ja aikuissosiaalityö)
- ikäihmisten palvelut (koti- ja asumispalvelut, palveluohjaus ja kuntouttavat palvelut)
- terveydenhuollon palvelut (Janakkalan-Hattulan perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alue).

## Hattulan kunnan organisaatiokaavio vuonna 2016



### Palveluintegraation tausta

Vuoden 2010 muutoksessa entisiä toimintatapoja korvattiin osittain uusilla, tehokkuuteen ja taloudellisuuteen pyrkivillä menettelytavoilla. Tavoitteena oli korostaa entistä enemmän yksilöiden sekä kunnan eri yksiköiden vastuuta. Arvio tulevasta kehityksestä terveydenhuollon, vanhustenhuollon ja lasten päivähoidon menojen osalta odotetaan kasvavan entisestään. Siksi toiminnassa korostettiin asiakkaiden osallisuutta ja heidän omien voimavarojen käyttöönottoa. Myös yhteistyötä muiden palveluntuottajien kanssa pidettiin merkityksellisenä. Perusturvan arvoiksi mainittiin välittäminen, luovuus ja yhteisöllisyys.

Viisi vuotta myöhemmin (2015) asiakkaiden osallisuus ja oma vastuu ja yhteistyö nostettiin esille. Lisäyksenä retoriikassa olivat asiakaslähtöiset, oikea-aikaiset ja laadukkaat palvelut. Ennaltaehkäisevää työtä Hattulan kunnassa tullaan tekemään yli sektorirajojen. Perusterveydenhuolto järjestetään Janakkala-Hattulan perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen toimesta. Erikoissairaanhoito ostetaan Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriltä.

Hattulan kunnan erikoispiirre on pienen kunnan ketteryys, jolloin on pystytty reagoimaan eteen tulleisiin asioihin tilannekohtaisesti ja nopeasti. Tällöin on pyritty panostamaan ennaltaehkäisevyyteen.

### Palveluintegraation kohdentuminen

Vuosikymmenen alussa sosiaalitoimen yhteistyötä eri hallintokuntien kanssa tehostettiin. Maakunta- ja seutuyhteistyö oli vilkasta: muun muassa kilpailutettiin lastensuojelun sijaishuoltopalvelut, toteutettiin yhteisiä hankkeita vanhustyössä ja lastenpalveluissa sekä laadittiin seudullinen mielenterveys- ja päihdetoimintaohjelma. Vuonna 2009 terveydenhuollon peruspalvelut päätettiin tuottaa yhdessä Janakkalan kanssa. Toimella haluttiin turvata lähipalvelujen saatavuus Hattulan kunnassa.

Sosiaalipalveluissa toimintaympäristön muutos on lisännyt tarvetta osaamisen kehittämiseen muun muassa palveluohjauksen, palveluketjujen, sosiaalityön menetelmien, kustannustietoisuuden kasvattamisen, dokumentoinnin ja verkostotaitojen osalta. Lasten ja nuorten huollossa seudullinen lähisuhde- ja perheväkivaltatyöryhmä on valmistellut seudullista perheväkivaltatyön toimintamallia Hattulan, Janakkalan ja Hämeenlinnan alueelle. Samalla on hahmoteltu lähisuhde- ja perheväkivaltaa kokeneiden asiakkaiden palveluketjua. Sosiaalitoimen aikuisten palveluissa on vakiintunut työskentely psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa.



Vuosikymmenen puolivälissä uutena toimintana on tullut asiakkaan osallistaminen palvelutarjottimen suunnitteluun. Moniammatillisen työskentelyn ja uuden sosiaalihoitolain vaatiman erityisen tuen tarpeessa olevien asiakkaiden tilanteisiin vastataan tiimeittäin. Aikuissosiaalityön, lastensuojelun sekä perhepalveluiden tiimityöskentelyyn osallistuu asiantuntijoilta myös muista hallintokunnista. Uudenlaiset työtavat ovat tehostaneet työskentelyä, vähentäneet kokousten määrää, mutta ennen kaikkea palvelevat kuntalaisia entistä nopeammin ja moniammatillisemmin. Aiempaa tiiviimpää kehittämis- ja yhteistyötä tehdään esimerkiksi vammaispalveluiden sosiaalityön ja Juteinikodin henkilökunnan kanssa.

Seutukunnallisesti, sekä yli hallintorajojen tehtävä, yhteistyö tiivistyi Parempi Arki -hankeen, Työn paikka- hankeen, KiTi -hankeen, kuntarakennetyöryhmän kehittämiskohteiden, työllisyyden hoidon ja perusterveydenhuollon kehittämisen sekä ikääntyvien seutukunnallisen jatkohoidon suunnittelun kautta.

### **Palveluintegraation vaikutukset**

Hattulan kunnassa tuotetaan palvelut edullisesti. Integraation kannalta pienen kunnan etu on luovuus ja kekseliäisyys, asioihin pystytään puuttumaan välittömästi ja vähällä byrokratialla. Kehittämistä on pystytty tekemään henkilöstölähtöisesti, johon on kuulunut muun muassa systemaattinen koulutus yli hallintorajojen. Tämä on edesauttanut yhteisen kielen löytämistä, silloinkin kun ei ole ymmärretty heti toisen ammattiryhmän näkökulmaa.

Asiakaslähtöisyyden saavuttamisessa jatketaan kehittämistä. Kunnassa halutaan löytää asiakkaan todellinen tarve ilman ”pompottelua” palveluiden välillä. Lastensuojelussa kunnan oma perheneuvola on osoittautunut hyväksi yhteistyötä ja ennaltaehkäisevyyttä lisääväksi ratkaisuksi; huostaanottojen määrä on saatu kuriin.

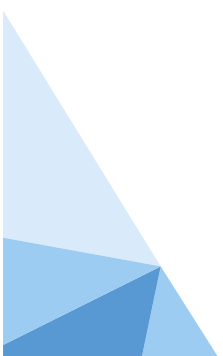
### **Sote-uudistukseen valmistautuminen palveluintegraation keinoin**

Hattulassa on resursoitu alueelliseen sote-kehittämistyöhön. Kunta on aktiivisesti mukana Oma Häme -hankkeessa sekä hakenut rahoitusta kärkihankkeille. Hattulan kunnassa vakanaa pyrkimys on ollut lähipalveluiden säilyttäminen, mikä on käytännössä tarkoittanut entisten perusterveydenhuollon palveluiden ulkoistamista ja kilpailuttamista. Ymmärrettävästi maakunnan kannalta kehitys ei ole ollut paras mahdollinen.

### **Yhteenveto**

Hattulan kunnassa korostettiin vuosikymmenen alussa yksilöiden sekä kunnan eri yksiköiden vastuuta. Nykyisin asiakkaiden osallisuus ja oma vastuu sekä yhteistyö ovat nostettu jalustalle. Lisäksi kunnassa korostetaan asiakaslähtöisten, oikea-aikaisten ja laadukkaiden palvelujen kehittämistä. Perusterveydenhuolto järjestetään Janakkala-Hattulan perusterveydenhuollon yhteistoiminta-alueen toimesta vielä vuoden 2016 loppuun asti. Erikoissairaanhoito ostetaan Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriltä.

Sosiaalipalveluissa toimintaympäristön muuttuessa on tullut tarve osaamisen kehittämiseen muun muassa palveluohjauksen, palveluketjujen, sosiaalityön menetelmien, kustannustietoisuuden kasvattamisen, dokumentoinnin ja verkostotaitojen osalta. Vuosien varrella yhteistyön tarve on lisääntynyt. Yhteistyötä halutaan tehdä myös asiakkaiden kanssa ja heitä osallistamalla. Asiakkaiden tilanteisiin vastataan moniammatillisilla tiimeillä.



## CASE: Hollolan kunta

### Hollolan kunnan valikoidut tunnusluvut vuosilta 2010 ja 2015

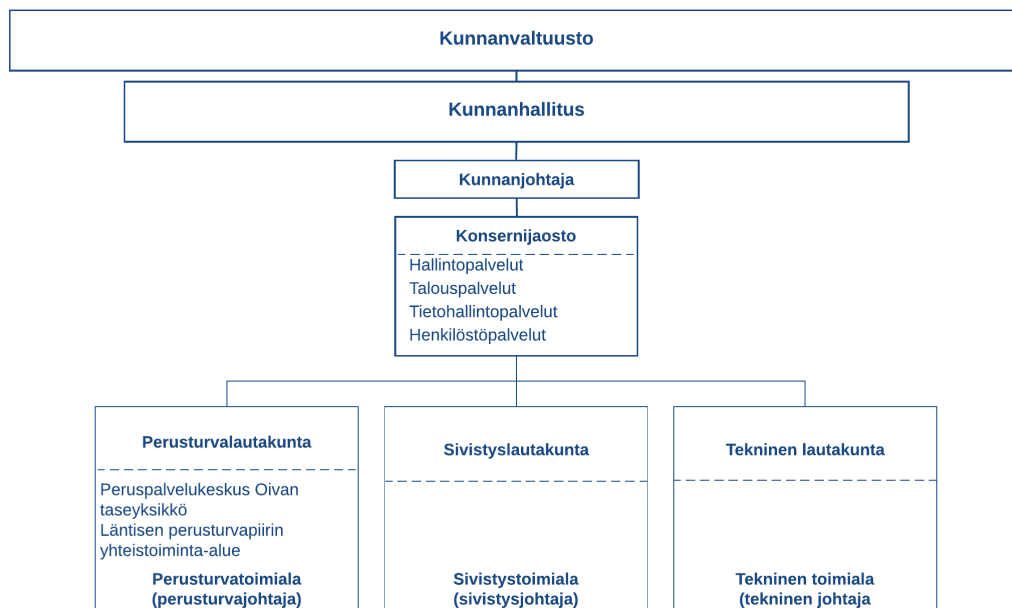
Hollola	2015	2010		2015	2010
<b>Perustiedot</b>			<b>Katetiedot</b>		
Väkiluku	21 826	21 964	Toimintakate / asukas	-4784	-3874
Kunnallisveroprosentti	21,00	19,75	Vuosikate / asukas	315	438
<b>Tulot yht. / asukas</b>			<b>Rahoitusasema</b>		
Verotulot / asukas	3 838	3 186	Omavaraisuusaste, %	45,6	63,4
Valtionosuudet / asukas	1 247	1 120	Suhteellinen velkaantuneisuus, %	42,1	28,9

Lähde: Hollolan kunnan tilinpäätöstiedot 2015 ja 2010

### Sosiaali- ja terveysten palvelujen nykyinen organisaatio

Kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut tuotetaan peruspalvelukeskus Oivassa yhdessä kolmen muun kunnan kanssa (Asiakkala, Hollola, Kärkölä ja Padasjoki). Palvelut järjestää Hollolan kunta. Oivassa palvelut ovat jaettu hyvinvointipalvelujen, vanhus- ja vammais- ja palvelujen sekä terveyden- ja sairaanhoidon tulosalueiksi. Oiva järjestää Läntisen perusturvapiirin kuntien (Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki) lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut.

### Hollolan kunnan organisaatiokaavio vuonna 2016



### Palveluintegraation tausta

Taloudelliset realiteetit toiminnan kehittämisen puolesta huomattiin jo vuonna 2007. Tärkeimmiksi menestystekijöiksi mainittiin jo vuoden 2010 tilinpäätöksessä saumattomat palvelut. Peruspalvelujen järjestäjän (peruspalvelukeskus Oiva) mukaan palvelujen kehittämiseen vaikuttavat muun muassa: taloudellinen tilanne, väestön ikääntyminen, sairastuvuuden lisääntyminen sekä pätevän henkilöstön saaminen. Täten korostuu tarve kehittää vastaanot-  
topalveluiden, vuodeosastojen sekä koti- ja asumispalveluita avopainotteisuuden suuntaan.

Myös lainsäädännön muutokset ja kunnille asetetut velvoitteet edellyttävät uudenlaisten palvelurakenteiden ja toimintamallien kehittämistä.

Punaisena lankana Hollolan kunnan sote-palveluiden kehittämisessä on ollut kuntalaisen arki. Hyvänä esimerkkinä arjen mukaisesta lähestymistavasta on sosiaali- ja terveydenhuoltoon mukaan otetut sivistystoimen palvelut (SoTeSi).

### Palveluintegraation kohdentuminen

Palveluintegraation keskeisimmät kohteet ovat olleet lapsiperheet, vanhukset ja päihde- ja mielenterveyspotilaat. Lapsiperheiden osalta on päästy pisimmälle, koska heidät huomioitiin organisaatorakenteen muutoksessa jo vuonna 2007. Vaikka palveluintegraatio myötäilee organisatorista sosiaali- ja terveydenhuollon jakoa, niin olennaista on ollut tarkastelunäkökulman painotus kuntalaisten arjen käytäntöjen edistämiseen ja huomioimiseen.

Yksittäisiä kohteita ja toimenpiteitä, jotka liittyvät palveluintegraation kohdentumiseen:

- Perusturvassa monimuotoisten palvelutarpeiden nähtiin edellyttävän kokonaisvaltaista sekä asiakkaiden osallisuutta edistävää moniammatillista työtettä. Sosiaalityössä uusi sosiaalihuoltolaki edellytti monien toimintakäytäntöjen uudelleenarviointia.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon paljon palveluita vaativien yhteisasiakkaiden palveluihin pyritään vastaamaan Väli-Suomen yhteisellä Parempi arki -hankkeella.
- Palvelusetelien käyttö on lisääntynyt ja laajentunut uusiin palveluihin.
- Kuntouttavia ja omahoitoa edistävillä avohuollon uusilla toimintamalleilla pyritään vaikuttavuuden lisäämiseen ja kustannusten hillitsemiseen.
- Sähköisen asioinnin hyvis.fi -portaalilla edesautettiin asiakkaiden omaa osallistumista.

### Palveluintegraation vaikutukset

Oivan kulujen osalta kasvu on taittunut (1 %:n kasvu). Laatu on kuitenkin pystytty pitämään tasapainoisena, vaikka erityistyöntekijöiden saatavuudessa on ollut vaikeuksia. Toimintatapa muutoksien avulla on paikattu lastensuojelussa aiempien vuosien tekemättömiä asioita. Seudullisissa palveluissa suunniteltiin maakunnallisia parannuksia (Päijät-Hämeen hyvinvoinnin kuntayhtymä). Miinuksena on ollut se, että yhteistyö kolmannen sektorin kanssa on jäänyt vähemmälle huomiolle.

Strategisten tavoitteiden toteutumisessa vuoden 2015 toimintojen osalta on todettu muun muassa seuraavat seikat:

- Hyvis-portaalin palveluiden laajentuminen
- palvelutorihanke käynnistynyt
- kotikuntoutustiimin toiminta käynnistynyt
- hyvinvointipalveluissa on aloitettu palveluohjausmallin kehittäminen
- sosiaali- ja terveydenhuollon osalta Hämeenkosken ja Hollolan yhdistymisen vaikutukset ovat olleet vähäisiä.

### Sote-uudistukseen valmistautuminen palveluintegraation keinoin

Jo vuoden 2010 toiminnan linjauksissa kiinnitettiin huomiota Kanta-palveluihin (tuolloin ”Kanta-arkisto”) siirtymisestä seudullisena yhteistyönä. Päijät-Hämeessä ei jääty odottelemaan valtakunnallisen sote-uudistuksen toteutumista. Hyvinvointikuntayhtymän perustamisella (1.1.2016) valmistauduttiin maakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun

siirtämiseen (1.1.2017) kuntayhtymälle. Monien vaiheiden jälkeen hyvinvointikuntayhtymä saatiin lopulta aikaiseksi ja sosiaali- ja terveydenhuolto siirtyvät samaan organisaatioon.

Hollolassa johtamisjärjestelmän sote-rajapintoihin on kiinnitetty huomiota. Kuntapäätäjät ovat olleet huolissaan pääasiassa kiinteistöjen kohtaloista.

## Yhteenveto

Hollolassa taloudelliset realiteetit toiminnan kehittämisen puolesta huomattiin jo vuonna 2007. Tuon jälkeen tärkeimmäksi menestystekijöiksi mainittiin jo vuoden 2010 tilinpäätöksessä saumattomat palveluketjut. Peruspalvelut Hollolassa järjestetään peruspalvelukeskus Oivassa yhdessä Asikkalan, Hollolan, Kärkölän ja Padasjoen kanssa. Vuoden 2017 alusta lähtien em. kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tuottaa uusi Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä.

Hollolan kunnassa punaisena lankana sote-palveluiden kehittämisessä on ollut kuntalaisen arki. Palveluintegraation keskeisimmät kohteet ovat olleet lapsiperheet, vanhukset ja päihde- ja mielenterveyspotilaat. Lapsiperheiden osalta päästy pisimmälle, koska heidät huomioitiin organisaatorakenteen muutoksessa jo vuonna 2007.

## CASE: Hämeenlinnan kaupunki

### Hämeenlinnan kaupungin valikoidut tunnusluvut vuosilta 2010 ja 2015

Hämeenlinna	2015	2010		2015	2010
<b>Perustiedot</b>			<b>Katetiedot</b>		
Väkiluku	68 011	66 829	Toimintakate / asukas	- 5 149	-4 448
Kunnallisveroprosentti	20,50	19,00	Vuosikate / asukas	286	215
<b>Tulot yht. / asukas</b>			<b>Rahoitusasema</b>		
Verotulot / asukas	4 089	3 303	Omavaraisuusaste, %	57,3	65,0
Valtionosuudet / asukas	1 283	1 306	Suhteellinen velkaantuneisuus, %	54,8	51,3

Lähde: Hämeenlinnan kaupungin tilinpäätökset 2015 ja 2010

## Sosiaali- ja terveystalouden nykyinen organisaatio

Hämeenlinnassa on ollut käytössä niin sanottu tilaaja–tuottaja-malli. Tilaajajohtajien johtamia tilaajajoukkoja on sosiaali- ja terveydenhuollossa kaksi:

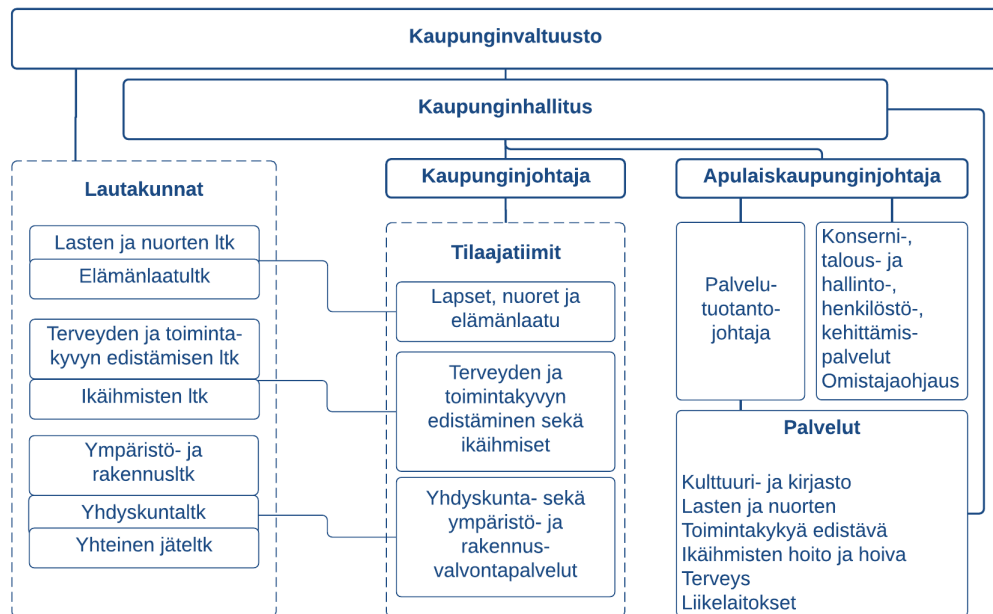
- lapset, nuoret ja elämänlaatu
- terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä ikäihmiset.

Palvelujen oma tuotanto tapahtuu kaupunginhallituksen alaisissa tulosvastuullisissa tuotanto-alueissa. Vuosittain laaditaan palvelusopimukset palvelujen tuotannosta ja tavasta. Palvelusopimuksia<sup>19</sup> vuonna 2015 oli seuraavilla alueilla:

- vammaispalvelut
- henkisen hyvinvoinnin palvelut
- sosiaalisen tuen palvelut
- ikäihmisten hoito ja hoivasopimuspalvelu
- lasten ja nuorten palvelusopimus.

<sup>19</sup> Katso tarkemmin: <http://www.hameenlinna.fi/Paatoksenteke-ja-talous/Palvelusopimukset/>

## Hämeenlinnan kaupungin organisaatiokaavio vuonna 2016



### Palveluintegraation tausta

Palveluintegraation lähtökohtana on Hämeenlinnan kaupunkiorganisaatiossa ollut jo vuosia yhteinen käsitys asiakkaista ja asiakkaiden prosesseista. Vaikka Hämeenlinnassa palvelujen järjestäminen ja tilaaminen on erotettu organisatorisesti toisistaan, on Hämeenlinnassa onnistuttu luomaan yhteistä käsitystä palvelujen käyttäjien palvelutarpeista. Tässä prosessissa on ollut merkittävää se, että palvelujen järjestäminen ja tuottaminen on toteutettu käytännössä elinkaarimallin mukaisesti (lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelut, työikäisten palvelut ja ikäihmisten palvelut). Palveluintegraation käytännössä tämä on Hämeenlinnassa merkinnyt sitä, että kaupungin henkilöstön ja resurssien käyttöä on katsottu kokonaisuutena ja suhteessa yhteisen asiakaskäsityksen edellyttämällä tavalla. Vaikuttaa siltä, että Hämeenlinnassa virkamiesjohdon lisäksi myös keskeiset poliittiset päättäjät ovat kustannustehokkuuden lisäksi tuoneet esille sitä, että palvelujen käyttäjät kohdataan palvelutuotannossa oikealla tavalla ja oikeassa paikassa. Näin ollen Hämeenlinnassa palveluintegraatioon on kytkeytynyt voimakkaasti kysymys palvelujen tuottamisesta lähellä palvelujen käyttäjiä (lähipalveluidea).

Hämeenlinnassa sovelletussa tilaaja–tuottaja-mallissa palveluintegraatiolla on ollut näkyvä sija. On kuitenkin huomattava, ettei toimintamallilla sinänsä ole todennäköisesti ollut merkitystä onko palveluintegraatiota tehty vai ei. Palveluintegraatio on perustunut asiakaslähtöisyyden lisäksi myös kustannustehokkaan palvelutuotantomallin tavoitteluun, jossa kaupunki-toimijoiden ja sidosryhmäkumppanien yhteistyöllä on ollut erittäin suuri merkitys.

Palveluintegraation hämeenlinnalaisista menestystekijöistä omaan arvoonsa nousee kehittämiskulttuurin systemaattinen kehittäminen. Kehittämiselle ja innovatiivisille kokeiluille suopean toimintakulttuurin rakentamisessa avainpaikoilla toimineiden avainhenkilöiden (poliittiset päätöksentekijät ja johtavat virkamiehet) rooli on ollut ratkaisevan tärkeä. Johtopäätös on tuttu kehittämiskokeiluja ja innovaatioita koskevasta teoreettisesta ja empiirisestä tutkimuksesta. Samoja esimerkkejä voidaan mainita myös muualta Suomesta – tämä on käynyt ilmi muun muassa Tampereen kaupunkiorganisaatioita koskevissa tutkimushankkeissa. Sote-

uudistuksen kannalta olennaista on, miten Hämeenlinnan kaupunkiorganisaation kehittämis-  
kulttuuri saadaan siirrettyä maakuntasoiseksi toimintatavaksi ja -kulttuuriksi.

### Palveluintegraation kohdentuminen

Hämeenlinnassa palveluintegraatio on perustunut kokonaisvaltaiseen ajattelutapaan. Kyse ei ole ollut pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, vaan myös muista kaupungin tarjoamista palveluista kuntalaisille. Hämeenlinnan päätöksenteossa kysymys palvelujen luonteesta on herättänyt keskustelua vuosien ajan ja kyse on ollut lähinnä alueellisesta näkökulmasta eli siitä, keskitetäänkö palveluja vai tuotetaanko ne j(a missä määrin) lähellä palvelujen käyttäjiä. Käytännön ratkaisuna on ollut usein – keskittämisen tai lähipalvelujen osalta – eräänlainen hybridimalli, jossa kohderyhmäkohtaisesti tarkasteltuna osa palveluista on keskitetty ja osa tuotetaan lähipalveluna.

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen osalta on syytä alleviivata horisontaalisen palveluintegraation ohella myös palvelujen vertikaalista integraatiota, joka Hämeenlinnassa on tarkoittanut kalliiden erityispalvelujen integroimista perustason palveluihin. Tällaisesta on Hämeenlinnassa saatu aikaan yhdistämällä terveydenhuollossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluja. Tässä suhteessa Hämeenlinna edustaa vertikaalisessa palveluintegraatiossa Suomen edistyneintä palveluintegraatiomallia, jossa palveluprosesseja on uudistettu nimenomaan asiakkuuksista, ei rakenteista, liikkeelle lähtien. Hämeenlinnan terveydenhuollossa on myös kiinnitetty erityistä huomiota paljon palveluja käyttävien potilaiden potilasohjaukseen, millä on saatu aikaan paljon toiminnallisia ja myös taloudellisia hyötyjä.

Vaikuttaa siltä, että palveluintegraation näkökulmasta tapahtuneesta edistymisestä huolimatta Hämeenlinnassa on edelleen paljon tekemistä palveluintegraation pidemmälle viemisessä. Vaikka sektorien rajoja on kaupunkiorganisaatiossa ylitetty, näkyvät kaupunkiorganisaation eri yksiköiden rajat kuitenkin edelleen selväpiirteisinä joillakin alueilla, kuten esimerkiksi terveyspalvelujen ja sivistystoimen välillä. Tulevaa sote-uudistusta silmällä pitäen nämä edelleen voimassa olevat vahvat sektorirajat eivät lupaa hyvää asiakaslähtöisyydelle tilanteessa, jossa sosiaali- ja terveystaloudet tuotetaan maakunnallisesti ja sivistyspuolet kuntasektorilla.

Toisena palveluintegraation pullonkaulasta voidaan Hämeenlinnan osalta tuoda esille kysymys kaupunkisuunnittelun roolista suhteessa muuhun kunnalliseen palvelutuotantoon. Kaupunkisuunnittelun ja muussa palvelutuotannossa yhteistä näkökulma asiakkaisiin ja palvelujen käyttäjiin on jouduttu toden teolla hakemaan ja usein varsin heikolla menestyksellä, mikä on näkynyt palveluverkon kehittämishaasteina (fyysiset toimitilat ja kaupunkiympäristö) ja viime aikoina myös kysymyksissä koskien maahanmuuttajien palvelutarpeita. Maahanmuuttajien ja turvapaikanhakijoiden osalta ongelmaksi on muodostunut se, että kyseinen ihmisjoukko palvelutarpeineen on suhteessa kaupunkiorganisaatioon eräänlainen ”ilkeä yhteiskuntapoliittinen ongelma” – kyseistä kohderyhmää kun voidaan ”lähestyä” koulutus-, elinkeino, sosiaali- kuin myös terveystalouden näkökulmasta.

Palveluintegraation kohdentumisessa olennaista on Hämeenlinnassa ollut yhteinen johtajuus – käsitys johtamisen tavoitteista ja keinoista. Eräs ajankohtainen haaste Hämeenlinnassa on tämän yhteisen johtajuuden vahvistaminen erityisesti palvelujen tuotanto-organisaatiossa sen eri hierarkkisilla tasoilla.

### Palveluintegraation vaikutukset

Hämeenlinnassa on identifioitavissa joukko vaikutuksia, jotka ovat aiheutuneet harjoitetusta ”integraatiopolitiikasta” sosiaali- ja terveyspalvelujen alueella. Näitä on lueteltu seuraavassa:

- Palvelupoluista on rakennettu asiakaslähtöisiä ja helppokäyttöisiä.
- Terveysyhtymämallissa on edistytty (potilaiden itsetietoisuus ja -ohjautuvuus) käytännön tasolla sekä integroimalla perusterveydenhuollon perustason palveluja horisontaalisesti että integroimalla perustason palveluja erikoissairaanhoidon palvelujen kanssa.
- Verkostojohtamisessa on edistytty sekä palvelujen tilaaja- että tuotanto-organisaatiossa.
- Yhteistyö on kaiken kaikkiaan lisääntynyt keskeisten viranomaistoimijoiden välillä kaupunkiorganisaation sisällä että suhteessa ulospäin kaupunkiorganisaatiosta (yhteistoiminta keskeisten viranomaistoimijoiden kesken).
- Yhteinen käsitys asiakkaasta on ollut lähtökohta palveluprosessien uudistamiselle ja uusien palveluprosessien rakentamiselle.
- Palveluintegraatio on ollut omiaan vahvistamaan kaupunkiorganisaation jo ennestään vahvaa kehittämisen kulttuuria ja toimintatapaa palveluinnovaatioiden tuottamisessa.
- Palveluintegraatiolla on saatu aikaan kustannussäästöjä, joiden euromääräinen arviointi on kuitenkin viime kädessä hankalaa johtuen muun muassa kasvaneesta palvelukysynnästä.
- Palveluintegraation uskotaan lisänneen väestötasolla todellisia terveysyhtymiä.
- Palveluintegraatio on auttanut näkemään palveluprosessien pullonkaulat erityisesti palveluja paljon käyttävien kohdalla. Merkille pantavaa on ollut Hämeenlinnassa se, että myös erikoissairaanhoidon palvelut on nähty osana kriittistä palvelutarjoomaa, jota paljon palveluja käyttävät asiakkaat tarvitsevat. Suurkuluttajuuden tunnistamisen haasteet koskevat tällä hetkellä erityisesti sitä, miten sosiaalipalvelujen ”suurkuluttajien” tilanne ja palvelutarpeen ylittävä palvelujen käyttö saataisiin paremmin hallintaan.

### Sote-uudistukseen valmistautuminen palveluintegraation keinoin

Vaikuttaa siltä, että sote-uudistus tuo mukanaan joukon kysymyksiä, joihin on yritetty hakea Hämeenlinnassa jo jonkun aikaa vastauksia. Yksi tällainen kysymys on terveyden edistämisen tehtävästä ja siihen liittyvä epäselvyys on, mikä osa siitä organisoidaan omana toimintana jatkossa kaupungin palveluna ja mikä osa terveyden edistämisestä siirtyy sosiaali- ja terveyspalvelujen vanavedessä maakunnan tasolla organisoitavaksi. Toinen avainkysymys on edistää sosiaali- ja terveyspalvelujen sektorien välistä horisontaalista ja vertikaalista yhteistyötä – palveluintegraatiota – lähivuosina kaikin mahdollisin käytössä olevin keinoin jo tässä vaiheessa, ennen varsinaisen sote-uudistuksen virallista käyttöönottoa ja maakuntalain edellyttämän organisaatiomallin käyttöönottoa vuoden 2019 alusta lukien. Vaikka Hämeenlinnassa on jo tehty paljon työtä palveluintegraatiossa ja saatu siihen liittyviä toiminnallisia ja taloudellisia tuloksia, paljon on vielä työtä tehtävänä jo pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin sisällä integraation näkökulmasta. Hämeenlinnassa on arvioitu, että haasteet liittyvät tässä suhteessa ennen muuta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön lisäämiseen ja toisaalta sosiaalipalvelujen uudistamiseen palveluintegraation osana terveydenhuollon palvelujärjestelmää.

Hämeenlinnassa on ollut käynnissä vuodesta 2015 alkaen kehitystyö uuden Hämeenlinnan toimintamallin rakentamiseksi. Kyse on merkittävästä käsitteellisestä ja toiminnallisesta pohdinnasta, joka liittyy siihen, miten kaupunki toimii sote-uudistuksen toimeenpanon alkaessa ja käytännössä jo lähikuukausista alkaen. Tulkinta Hämeenlinnassa on ollut, että valtio ohjaa kuntia kenties tällä hetkellä tässä suhteessa liikaa ja jättää kunnille liian vähän liikkumavaraa omien toimintojensa uudelleen organisoimiseksi. Hämeenlinnassa uuden toimintamallin luominen kaupungille tulee merkitsemään uutta päätöksentekojärjestelmää ja tilaaja–tuottaja-



mallista luopumista – viime mainitusta useamman muun tilaaja–tuottaja-mallia soveltaneen kaupunkiorganisaation (esimerkiksi Tampere ja Rovaniemi) esimerkin mukaisesti. Huomion-arvoista on myös se, että Hämeenlinnassa on alettu pohtia sitä, että jatkossa osa sosiaali- ja terveyspalveluista organisoidaan joka tapauksessa maakuntasoisina palveluina – toteutuu käynnissä oleva sote-uudistus tai ei. Tähän tähtää parhaillaan käynnissä oleva ja Hämeenlinnan johdolla tehtävä Oma Häme -kehittämistyö maakunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen rakentamisessa.

## Yhteenveto

Hämeenlinnassa viime vuosina aikaan saatu myönteinen kehitys sosiaali- ja terveyspalvelujen horisontaalisessa ja vertikaalisessa integraatiossa on perustunut yhtäältä johtavien poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijajohdon yhteiseen käsitykseen asiakkaista ja heidän palvelutarpeistaan, toisaalta elinkaariperusteiseen toimintamalliin palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa, kolmanneksi yhtenäiseen käsitykseen kaupunkiorganisaation johtamisessa ja neljänneksi jo vuosia vahvistuneeseen palveluinnovaatioita ruokkivaan ennakkoluulottomaan kehittämiskulttuuriin. Vaikka palveluintegraation osalta Hämeenlinnassa on edelleen paljon tekemistä palveluintegraation osalta, on Hämeenlinnassa saatu aikaan Suomen mittapuussa merkittäviä edistysaskeleita sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä vertikaalisessa että horisontaalisessa integraatiossa. Hämeenlinnassa on jo hyvän aikaa mietitty sitä, miltä tuleva kaupunkiorganisaatio näyttää, millaisia palveluja se tuottaa ja miten siellä päätöksiä tehdään nyt kun sosiaali- ja terveyspalvelut ovat siirtymässä maakunnallisesti tuotetuiksi. Tämäkin seikka kertoo kypsästä kehittämisen kulttuurista – siitä, että toiminnallisiin ja organisatorisiin muutoksiin valmistaudutaan etukäteen ja huolellisesti.

## CASE: Kuusamon kaupunki

### Kuusamon kaupungin valikoidut tunnusluvut vuosilta 2010 ja 2015

Kunta	2015	2010		2015	2010
<b>Perustiedot</b>			<b>Katetiedot</b>		
Väkiluku	15 693	16 492	Toimintakate / asukas	-5 949	-5 035
Kunnallisveroprosentti	20,00	19,50	Vuosikate / asukas	335	233
<b>Tulot yht. / asukas</b>	<b>6 217</b>	5 278	<b>Rahoitusasema</b>		
Verotulot / asukas	3 359	2 836	Omavaraisuusaste, %	63,5	69,3
Valtionosuudet / asukas	2 858	2 441	Suhteellinen velkaantuneisuus, %	37,8	31,4

Lähde: Kuusamon kaupungin tilinpäätöstiedot 2015 ja 2010

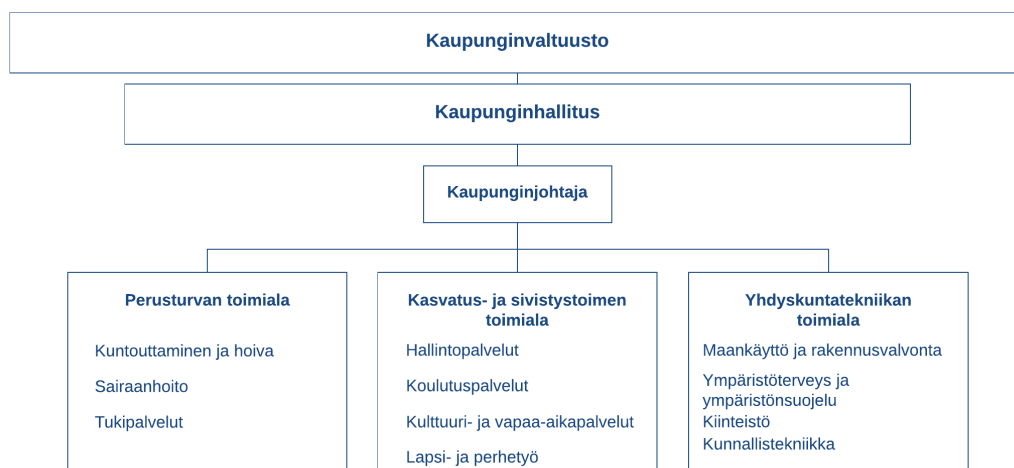
## Sosiaali- ja terveyspalvelujen nykyinen organisaatio

Kuusamon kaupungin perusturvan toimiala koostuu kolmesta tulosalueesta:

- kuntoutuminen ja hoiva
- sairaanhoito
- tukipalvelut.

Lisäksi kasvatus- ja sivistystoimeen kuuluu perhetyö.

## Kuusamon kaupungin organisaatiokaavio vuonna 2016



## Palveluintegraation tausta

Kuusamon kaupungin osalta on syytä huomioida kunnan hyvä taloudellinen asema ja se, että matkailu vaikuttaa myös sote-palveluihin. Kuusamossa on pystytty toteuttamaan omaperäisiä ratkaisuja korkealla palvelutasolla. Kuusamossa taustalla on vahva strateginen ajattelu. Toisaalta terveydenhuoltopainotteisuus on saattanut olla liiankin vahva verrattuna sosiaalihuoltoon.

Vuosikymmenen alussa Kuusamossa alettiin suunnitella ja käyttöönottaa asiakaslähtöisten ydinprosessien mukaista rakennetta (mm. elämäntaakamalli). Lisäksi yritysten, järjestöjen, oppilaitosten ja julkisen sektorin kesken käynnistettiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen verkosto. Painopistealueina kehittämisessä olivat uudet (monituottaja)toimintamallit ja -rakenteet. Erikoissairaanhoidossa ja vanhustenhuollossa arvioitiin palveluja ja palvelutasoja. Monisairaiden terveyshyötymallin suunnittelu aloitettiin.

Perusturvan osalta tulevaisuuteen valmistauduttiin sekä terveydenhuollon että kuntoutuksen ja hoivan palveluiden uusilla linjauksilla. Tarve lisääntyvälle yhteistyölle yli kunta- ja toimialarajojen pidettiin välttämättöminä. Omia prosesseja pyrittiin tehostamaan muun muassa vertailemalla omaa toimintaa ja ostettavia palveluita.

## Palveluintegraation kohdentuminen

Vuonna 2010 perusturvan osalta tartuttiin toimiin seuraavilla alueilla:

- Lapsi- ja perhetyössä kehitettiin moniammatillista yhteistyötä.
- Kuntouttamisessa ja hoivassa keskityttiin palvelutarpeen arvioimiseen. Yhdessä asiakkaan kanssa tehdyt voimavarakartoitukset olivat palvelusuunnitelmien ja palvelupäätösten taustalla.
- Kuusamossa otettiin ensimmäisenä käyttöön erikoissairaanhoidon palveluseteli
- Perusterveydenhuollossa yli toimintarajojen menevien palveluketjujen toimivuutta varmistettiin.
- Sairaanhoidon sekä kuntoutuksen ja hoivan alueisiin kuuluvat mielenterveyspalvelut aiottiin yhdistää samaan tulosityksikköön.

Vuonna 2015 oli astuttu askel konkreettisempaan suuntaan:

- Erikoissairaanhoidon lääkäripalveluiden kumppanuussopimus yksityisen yhtiön kanssa merkitsi perus- ja erikoistason sairaanhoidon tiiviimpää integraatiota. Samalla se merkitsi paikallisesti tuotettujen palvelujen merkittävää lisääntymistä.
- Perhevalmennuksessa yhteistyö eri tahojen kanssa lisääntyi Askelia vanhemmuuteen -toiminnan myötä.
- Perhetyö ja kotipalvelu liitettiin osaksi lastensuojelun prosessia Lasten Kaste -hankkeen myötä.
- Lapset puheeksi -toimintamallia hyödynnettiin matalan kynnyksen menetelmänä.

Kaiken kaikkiaan sosiaalityön rooli vahvistui eri toimijoiden tarjoaman tuen ja palvelujen yhteensovittajana.

### Palveluintegraation vaikutukset

Erikoissairaanhoidon suuria talousylityksiä kompensoitiin osittain vuoden 2010 tilinpäätöksen mukaan:

- kohtuullisesti onnistuneella omalla toiminnalla
- palvelujen saantikriteerien tiukennuksilla
- toimintojen uudelleen organisoinnilla
- tiukalla budjettikurilla.

Sosiaalityöllä kyettiin vahvistamaan eri toimijoiden tarjoaman tuen ja palvelujen yhteensovittamista. Toimivilla kokonaisuuksilla pystyttiin vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin paremmin entisten pistemäisten erillispalvelujen sijaan.

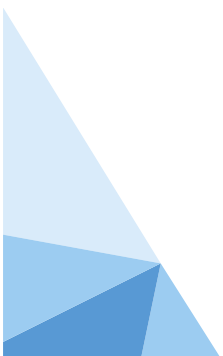
Kumppanuussopimus yksityisen lääkäriaseman kanssa on lisännyt kysyntää erikoislääkäripalveluista. Kuitenkin ostopalveluita Oulusta on saatu vähennettyä.

### Sote-uudistukseen valmistautuminen palveluintegraation keinoin

Sote-uudistus on vaikuttanut organisaatorakenteeseen: esimerkiksi laitospainotteisuutta on purettu siirtämällä päihde- ja mielenterveyspalveluita sosiaalipalveluiden puolelle. Samalla pyritään vähentämään vuodeosastojen yliresursointia. Myös kehitysvammaisten palvelut kootaan yhteen muun muassa siirtämällä ne pois ikäihmisten palveluista.

### Yhteenveto

Kuusamon kaupungissa matkailun merkitys näkyy myös sote-palveluiden kehittämisessä. Tuolloin erikoislääkäreitä on matkailun vuoksi ollut tarjolla riittävästi. Toimintatavoissa on vahvasti painottunut omannäköinen, tarpeista lähtevä, kehittäminen. Integraation avuksi on pystytty toteuttamaan omiakin lisäratkaisuja tietojärjestelmiin. Elinkaarimalli on ohjannut sosi- aali- ja terveydenhuollon horisontaalista integraatiota.



## CASE: Salon kaupunki

### Salon kaupungin valikoidut tunnusluvut vuosilta 2010 ja 2015

Salo	2015	2010		2015	2010
<b>Perustiedot</b>			<b>Katetiedot</b>		
Väkiluku	53 881	55 235	Toimintakate / asukas	-5 195	-4 538
Kunnallisveroprosentti	20,75	18,00	Vuosikate / asukas	311	489
<b>Tulot yht. / asukas</b>	<b>5 526</b>	5 049	<b>Rahoitusasema</b>		
Verotulot / asukas	3 610	3 809	Omavaraisuusaste, %	62	73,1
Valtionosuudet / asukas	1 916	1 241	Suhteellinen velkaantuneisuus, %	43,6	33,6

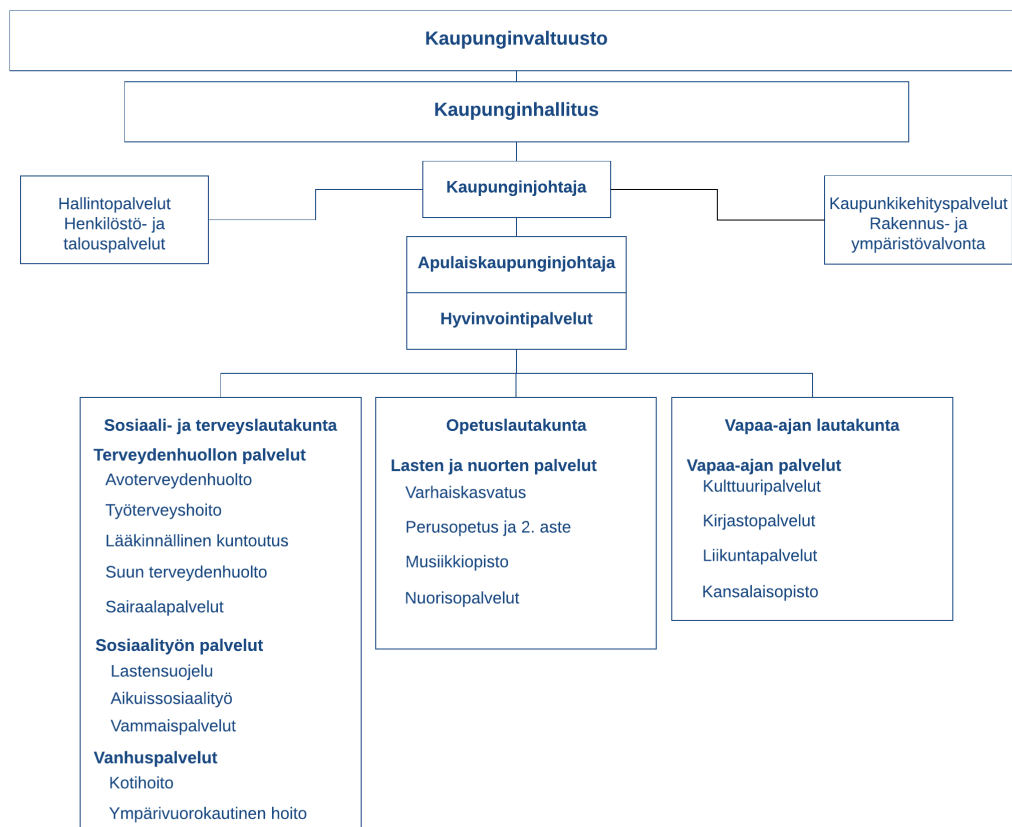
Lähteet: Kunnan tilinpäätöstiedot 2015 ja 2010. Vuoden 2010 väkiluku Kuntaliitto, 2010. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/asiakasmaksut-talous-rahoitus/talous/sotekust/2010/Documents/Salo.pdf>

### Sosiaali- ja terveystalouden nykyinen organisaatio

Sosiaali- ja terveystaloudet ovat osa hyvinvointipalveluita. Sosiaalityön palveluina ovat aikuis-sosiaalityö, työvoiman palvelukeskus, kasvatus- ja perheneuvonta, lastenvalvonta, lastensuojelu ja vammaistyö. Terveystalouden kanssa yhteistyössä tuotetaan varhainen perhetyö ja lapsiperheiden kotityö.

Terveystalouden palveluja ovat terveysasemien normaalit palvelut, päivystys ja kiireellinen hoito, kuntoutus ja terapia, päihde- ja mielenterveyspalvelut, ennaltaehkäisevät palvelut, suun terveydenhuolto sekä lisäksi vielä terveyskeskussairaalan palvelut.

### Salon kaupungin organisaatiokaavio vuonna 2016



## Palveluintegraation tausta

Salon kaupungissa sosiaali- ja terveystoimessa aloitettiin laatutyön kehittäminen vuosikymmenen alussa, jolloin määriteltiin ydin- ja avainprosessit. Perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä pyrittiin lisäämään hoitoprosessien ja palveluketjujen toimivuuden ja tehokkuuden kehittämiseksi.

Myöhemmin tiivistettiin yhteistyö sairaanhoitopiirin kanssa. Prosesseissa on pyritty palvelukennetta sopeuttamaan toimintaympäristön muutokseen. Tämä tarkoittaa selkeää tahtotilaa sote-uudistuksen tulevasta toimintajärjestelmästä.

Vuonna 2013 toteutui hallinnollinen muutos, jolloin hyvinvointipalvelut asetettiin omaksi sektorikseen. Pelkkää hallinnollista muutosta ei kuitenkaan pidetä Salossa riittävänä, vaan työtä on tehtävä paljon kaikilla tasoilla. Perus- ja erikoissairaanhoidon yhdistäminen ei ole toteutunut erikoissairaanhoidon kielteisen asenteen vuoksi.

## Palveluintegraation kohdentuminen

Käytännössä Salossa on pyritty integraatioon koko palvelukirjon osalta mutta ongelmana ovat olleet yhteentoimimattomat tietojärjestelmät. Työntekijätasolla tarve ja kokonaisuus on hahmotettu hyvin. Sosiaalipuolen ja vanhustenhuollon yhteydessä kulttuurin muutos ja yhteisten toimintamallien käyttöönotto otti oman aikansa, vaikka niitä ei vastustettukaan. Taloudellinen pakko lisäsi muutoksen tarpeen ymmärrystä (Nokia-myllerryksessä yhteisöverot tippuivat 40 milj. €, samalla vähenivät verotulot). Sosiaalityössä uutena velvoitteena on mm. asiakkaiden palvelutarpeen moniammatillinen kartoittaminen.

## Palveluintegraation vaikutukset

Vuosikymmenen alun tavoitteita Salon kaupungissa oli mm. asiakaslähtöisten palvelujen toteuttaminen; palveluja haluttiin räätälöidä tunnistettujen asiakkuuksien pohjalta. Sosiaali- ja terveyspolitiikkaa haluttiin koordinoida yli hallintokuntarajojen. Lisäksi tavoitteena olivat toimitusprosessit, hoidon ja palveluiden porrastus sekä uudet palvelukonseptit. Monituottajuuden osalta haettiin tarkoituksenmukaisuutta, jolloin kaupungin, kolmannen sektorin ja yksityisten tuottamien palvelujen koordinointi, toiminnan suunnittelu ja ohjaus olivat kehittämistavoitteina. Erikoissairaanhoidossa pyrittiin kustannusten tasaamiseen hoitoketjujen kriittisellä arvioinnilla.

Asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien luominen on yhä Salon kaupungin tavoitelistalla. Tuohon kuuluvat rajat ylittävien prosessien kehittäminen. Toteutumisen osalta iäkkäiden päivystyspotilaiden ja kouluikäisten/lasten palveluprosessit on kuvattu ja ”leanattu” laajana yli palvelualueiden rajojen. Mielenterveyskuntoutuksen asumispalveluiden järjestämisessä on omaksuttu uusi yksilöllisen arvioinnin ja kotiin vietävien palveluiden toimintamalli, jolloin asumispalveluiden ostojen tarve väheni edelleen. Avoterveydenhuollon organisoituminen kahden palvelualueeseen on osoittautunut toimivaksi ratkaisuksi ja lisännyt terveysasemien yhteistoimintaa.

Kaiken kaikkiaan Salon kaupungissa on onnistuttu palveluintegraation toteuttamisessa ehkäisevässä perhetyössä, vanhuspalvelut, kotikuntoutus, kotisairaanhoido ja vanhusten jatkopalvelut. Muun muassa asiakaskohtaiset kustannukset vanhustenhuollossa ovat samalla tasolla vuonna 2015 kuin vuonna 2009.

## Sote-uudistukseen valmistautuminen palveluintegraation keinoin

Salon kaupungissa on selkeä tahtotila sote-uudistuksen tulevasta toimintajärjestelmästä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman valmisteluun osallistutaan aktiivisesti usealla tasolla. Kaupunki on mukana muun muassa Kuntaliiton Uusi kunta 2017 - hankkeessa ja Varsinais-Suomen sote-ryhmässä. Terveystieteiden järjestämissuunnitelman valmistelu on käynnissä, tavoitteena palvelurakenteen kehittäminen sote-tavoitteiden suuntaisesti ja alueella yhtenäisesti.

Salon kaupungissa aloitettiin vuoden 2016 alussa Salo 2021-projekti, johon liittyy erityisesti uuden maakunnan/sote-alueen ja uuden kunnan valmistelu. Salossa huoli palveluintegraation toteutumisesta on ollut suuri. Valinnanvapauden pelätään saavan liian suuren merkityksen, jolloin herää kysymys: miten käy asiakkaan?

### Yhteenveto

Salon kaupungissa taloudelliset realiteetit kohdattiin rajuina matkapuhelintuotannon loppumisen myötä. Sopeuttamistoimissa, jotka tuolloin aloitettiin, on edetty johdonmukaisesti: sote-uudistuksien ei ole annettu häiritä valittua linjaa. Asiakaslähtöiset palvelukokonaisuudet ovat olleet keskeisenä koko vuosikymmenen ajan. Salon kaupungissa onkin ollut selkeä tahtotila, jossa palvelurakenteita on muokattu vallitsevan tilanteen mukaiseksi.

Tavoitteena on ollut tarkastella koko palvelukirjoa integraation kannalta. Palveluintegraation toteuttamisen jarruina ovat olleet yhteentoimimattomat tietojärjestelmät ja osittain erikoissairaanhoidon vastustus. Henkilöstössä on ymmärretty kokonaisnäkökulman tarve.

Palveluintegraation toteuttamisessa on onnistuttu ehkäisevässä perhetyössä, vanhuspalveluissa, kotikuntoutuksessa, kotisairaanhoidossa ja vanhusten jatkopalveluissa. Muun muassa asiakaskohtaiset kustannukset vanhustenhuollossa ovat samalla tasolla vuonna 2015 kuin vuonna 2009. Tulevaan sote-uudistukseen osallistutaan Salon kaupungissa aktiivisesti.

## CASE: Tampereen kaupunki

### Tampereen kaupungin valikoidut tunnusluvut vuosilta 2010 ja 2015

Kunta	2015	2010		2015	2010
<b>Perustiedot</b>			<b>Katetiedot</b>		
Väkiluku	225 118	213 217	Toimintakate / asukas	-4 990	-4 196
Kunnallisveroprosentti	19,75	19,00	Vuosikate / asukas	281	490
<b>Tulot yht. / asukas</b>			<b>Rahoitusasema</b>		
Verotulot / asukas	3 940	3 556	Omavaraisuusaste, %	65	74
Valtionosuudet / asukas	1 326	988	Suhteellinen velkaantuneisuus, %	40	38

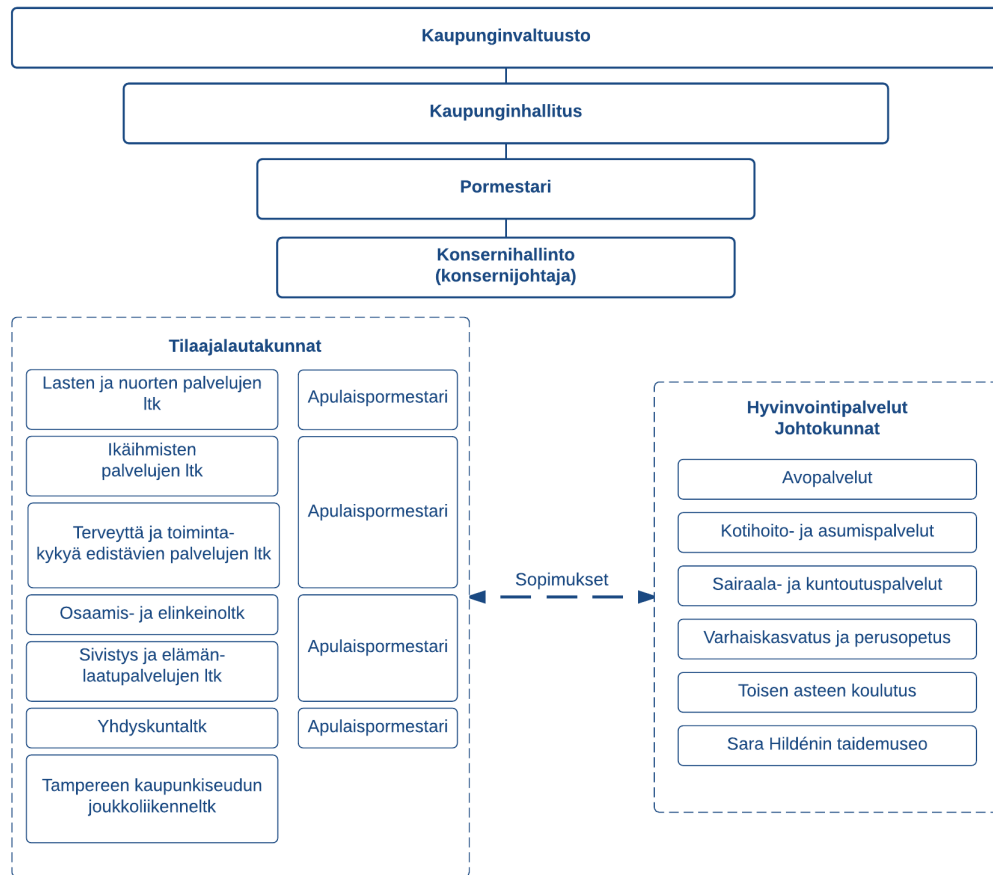
Lähde: Tampereen kaupungin tilinpäätöstiedot 2015 ja 2010

### Sosiaali- ja terveystieteiden nykyinen organisaatio

Tampereen kaupungissa sosiaali- ja terveystieteet kuuluvat hyvinvointipalveluryhmän alle. Samalla siihen kuuluvat myös sivistyspalvelut. Hyvinvointipalvelujen tuotantoalueet ovat: avopalvelut, kotihoito- ja asumispalvelut, sairaala- ja kuntoutuspalvelut, varhaiskasvatus ja perusopetus, toisen asteen koulutus sekä kulttuuri- ja vapaa-ajanpalvelut.

Aiemmin käytössä olleesta tilaaja-tuottaja-mallista luovuttiin vuoden 2016 alussa. Uusi toimintamalli pohjautuu kaupungin perustehtäville, jossa on kolme palvelualueetta: hyvinvoinnin, elinvoiman ja kilpailukyvn ja kaupunkiympäristön palvelualue.

## Tampereen kaupungin organisaatiokaavio vuonna 2016



Tampereen kaupungin organisaatio 31.12.2015.

## Palveluintegraation tausta

Yleisenä huolena Tampereen kaupungilla on, ettei tuloilla kyetä järjestämään nykyisen laajuisia palveluita ja pitämään yllä nykyistä palveluverkkoa. Sopimusohjauksen mukaisesti tuottaja ja tilaaja sopivat toimintavuoden aikana palvelusopimuksilla tuotettavista palveluista, niiden määristä, hinnoista ja laadusta. Sopimuksilla pyrittiin turvaamaan asianmukainen palvelutuo- tanto hyvinvointipalveluissa.

Palveluintegraation periaatteena on niin sanottu elämäntaakamalli, jossa taustalla on ajatus asiakaslähtöisyydestä, asiakkaan polusta. Tampereella on tilaajan toimesta parannettu tämän vuosikymmenen ajan palveluketjujen toimivuutta, yhteistyötä asiakkaiden ja eri palvelu- tuottajien kesken sekä asiointipalvelukokonaisuuksia on koottu asiakkaiden saataville sähköisten palvelujen avulla. Tuottajan osalta organisaatiomuutoksilla on vahvistettu elinkaari- mallia, jolloin neljä sosiaalityön tuotantoyksikköä yhdistettiin yhdeksi. Vastaavasti erikoissai- raanhoidossa toteutettiin toimintamallin muutos (neljä palvelulinjaa), jolloin tavoitellaan hoito- ketjujen parantamista ja potilaskierron nopeutumista. Mielenterveytystyössä on valmisteltu palveluketjujen uudistamista kaupungin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja kolmannen sektorin välillä. Perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan on tuotu päihde- ja mielenterveysosaa- mista.



Palveluketjujen toimivuuden parantamisen kohteita ovat olleet lapsiperheiden sosiaalityön moniammatillisuus ja avotyöntekijöiden ottaminen mukaan sosiaalityön tiimeihin. Lasten ja nuorten mielenterveystyössä on määritelty niin hoitopolut kuin työnjaotkin. Perustason toimintoihin on tuotu erityisosaamista koulutuksella, konsultaatiolla ja työnohjauksella.

### Palveluintegraation kohdentuminen

Vuosikymmenen alussa oli lukuisia toimenpiteitä:

- Äitiys- ja lastenneuvoloiden muuttaminen hyvinvointineuvoloiksi.
- Lastensuojelun prosesseja kehitetty moniammatillisiksi.
- Perusterveydenhuollon päivystys on siirretty TAYSin tiloihin PSHP:n tuottamaksi. Vastaanottotoiminnassa yksilölliset, moniammatilliset hoitosuunnitelmat pitkäaikaissairaille.
- Mielenterveyden avohoidon hoitoketjujen kehittämisen jatkuminen.
- Toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan päihde- ja mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta.
- Asiakslähtöinen kuntouttava sosiaalityön kehittäminen (palveluprosessien ja yhteistyörakenteiden kehittäminen - Kaste).
- Ikäihmisten palveluissa palvelusetelin ja palveluintegraatiotoiminnan kehittäminen.
- Hoitoketjujen vaikutusten lisääminen kotona asumista tukevilla palveluilla.

Myöhemmin kaupungin tilaajaorganisaatiossa on muun muassa Pshp:n kanssa jatkettu yhteisten hoitoketjujen luomista. Tavoitteena on ollut luoda yhteneväiset mittarit sairaala- ja avohoidon välille. Lisäksi perustason erikoissairaanhoidon palveluja on siirretty lasten ja nuorten poliklinikalle. Perustason erikoissairaanhoidon palveluja on siirretty sairaanhoitopiiriltä kaupungin sairaalaan ja perusterveydenhuollon avopalveluihin. Työnjaon ja hoitoporrastuksen kehittämistoimet perustason ja erikoissairaanhoidon välillä toteutettiin vuoden 2015 aikana. Perusterveydenhuollon avopalvelujen painopisteenä on ollut yksilöllisten ja moniammatillisten hoitosuunnitelmien tekeminen yhdessä pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden kanssa.

Tuottajaorganisaatioissa toiminnalliset tavoitteet liittyivät hoitoketjujen sujuvoittamiseen kehittämällä tuotantoprosesseja ja uudistamalla toimintatapoja. Keskeistä oli myös hyvinvointiteknologian ja sähköisen asiointin lisääminen. Avopalveluissa korostui asiakslähtöisyys. Palveluverkkorakenteessa siirrytään niin sanottuun hyvinvointikeskus-lähtö -malliin vaihteellisesti. Lapsiperheiden sosiaalipalveluissa kehittämiskohteena oli asiakasprosessien kuvaaminen ja kehittäminen. Sairaala- ja kuntoutuspalveluissa panostetaan toimintakäytäntöjen hiomiseen moniammatillisena yhteistyönä.

Kaiken kaikkiaan ikäihmisten palveluissa, lasten ja nuorten palveluissa ja työikäisten hyvinvointipalveluissa painotetaan elämänkaarimallia. Mallin vastaanotto työntekijätasolla on ollut hyvä. Toisaalta rajoja on syntynyt lisää eri sektoreiden väliin sinne, missä elämänkaarimalli ei ole käytössä.

### Palveluintegraation vaikutukset

Kotona asumista tukevilla palveluilla Kotitoriin (kokoaa eri tuottajien tuottamia ja eri tavoin rahoitettavia palveluja asiakkaalle) ovat olleet tyytyväisiä niin asiakkaat kuin yhteistyötahot; palvelun vaikuttavuudesta ja tuottavuudesta on saatu hyviä tuloksia. Kotihoidossa ja asumispalveluissa tuottavuuden nousuun pyritään palvelumuotojen muutoksella ja henkilöstöresurssien tehokkaammalla ja järkevämällä käytöllä. Käytännössä tuo tarkoittaa eri palvelumuotojen integroimista asiakkaan ympärille. Integraation toteuttaminen käytännön asiakasohjausmallissa on ollut toimiva tapa. Asiakasohjauksessa palveluohjaajat kartoittavat tarpeen ja

tekevät tarvittavat virkamiespäätökset tai ohjaavat asiakkaan muiden palveluiden tykö (esim. Kotitori).

Eri tason integraatioilla on saavutettu, yleiseen tuntumaan perustuen, tuloksekkampaa palvelua laadukkaasti. Asiakslähtöisyydessä viimeisen parin vuoden aikana asiakas on saatu tiiviimmin osallistumaan yhteistyöhön. Hyviä esimerkkejä ovat asiakasraatien ja kokemusasi-  
antuntijoiden hyödyntäminen toimintojen kehittämisessä. Näillä on päästy parempiin tuloksiin kuin sähköisillä valmistelutoteutuksilla (Valma tai alue-Alvari).

Tampereen strategiana on ollut siirtää palveluja ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä avopal-  
veluihin. Täsmällistä tietoa siitä, kuinka palveluintegraatio toteutuu edellä mainitussa strategi-  
assa, ei ole ollut saatavilla. Julkilausuttuna strategia pitää sisällään palveluintegraatiota mutta  
selkeästi se on osoitettavissa vain muutamassa kohteessa. Todellista integraation toteutumi-  
sen arvio vaatisi lähempää tarkastelua, jota tässä tutkimuksessa ei tehty.

### **Sote-uudistukseen valmistautuminen palveluintegraation keinoin**

Tampereella tunnustetaan, että toimintaan ja palveluverkkoon tarvitaan kestäviä rakenteelli-  
sia muutoksia. Sote-uudistukseen liittyy kuitenkin paljon epävarmuustekijöitä. Sote-  
uudistuksen, Sipilän hallituksen linjausten mukainen, valmistelutyö on Pirkanmaalla aloitettu  
nykytilan kartoituksella. Kaupunkistrategiaan kuuluvan ”yhdessä tekemisen” pohjalta Pirkan-  
maan sote-alueen hallintomalli on rakennettu sekä sovittu tuottamisvastuualueista. Sote-  
uudistukseen varautuminen edellyttää tiivistä yhteistyötä sairaanhoitopiirin kanssa työnjaon  
sopimiseksi ja selkiyttämiseksi. Tampere on vastannut Pirkanmaan osalta uudistukseen liitty-  
västä yhteistyöstä ja valmistelun käynnistämisestä. Ristiriitoja Tampereen ja kehyskuntien  
välillä on ollut muun muassa osan kunnista suuntautuessa alueen ulkopuolelle. Sote-  
uudistuksen käänneissä Tampereen kaupunki on tuonut valtakunnallisessa keskustelussa  
esiin suurten kaupunkien näkökulmaa uudistukseen.

Tampereella toimintamallia uudistetaan syksyn 2016 aikana siten, että elämäntaakamalli ja-  
kautuu kahtia. Siitä erotetaan maakunnalle siirtyvä sosiaali- ja terveydenhuolto sekä Tampe-  
reen osalle jäävä kulttuuri ja vapaa-aika. Kaupunkiin on myös jäämässä sote-substanssin  
osaamista. Huolta aiheuttaa se, mitä lopulta tulee tapahtumaan hiotulle ja toimivaksi koetulle  
mallille ja erityisesti asiakkaille.

### **Yhteenveto**

Myös Tampereella on havahduttu siihen tosiasiaan, ettei enää kyetä järjestämään nykyisen  
laajuisia palveluita ja pitämään yllä nykyistä palveluverkkoa. Palveluintegraation periaatteena  
pidetään niin sanottua elämäntaakamallia, jossa taustalla on ajatus asiakslähtöisyydestä,  
asiakkaan polusta. Palvelutuottajan osalta organisaatiomuutoksilla on vahvistettu elinkaari-  
mallia, jolloin neljä sosiaalityön tuotantoyksikköä yhdistettiin yhdeksi. Tavoitteena on ollut  
muun muassa hoitoketjujen parempi toiminta. Myös tilaajan toimesta on parannettu koko  
vuosikymmenen ajan palveluketjujen toimivuutta, yhteistyötä asiakkaiden ja eri palvelutuotta-  
jien kesken.

Tampereen kokoisessa suuressa organisaatiossa on kyetty toteuttamaan lukuisia yksittäisiä  
palveluintegraatiokokonaisuuksia. Linja näyttäisi kuitenkin olleen se, että palveluja on siirretty  
muun muassa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä kaupungille ja samalla kehitetty avopalveluiden  
ja ennaltaehkäisevien palveluiden osuutta. Täsmällistä tietoa siitä, kuinka palveluintegraatio  
toteutuu edellä mainitussa strategiassa, ei ole ollut saatavilla. Julkilausuttuna strategia pitää  
sisällään palveluintegraatiota, mutta selkeästi se on osoitettavissa vain muutamassa koh-  
teessa. Todellista integraation toteutumisen arvio vaatisi lähempää tarkastelua, jota tässä

tutkimuksessa ei tehty. Elämänkaarimallin mukaista toimintaa joudutaan muuttamaan sote-uudistuksen vuoksi siten, että Tampereen vastuulle jää kulttuuri ja vapaa-aika ja sote siirretään sote-alueelle.

## CASE: Turun kaupunki

### Turun kaupungin valikoidut tunnusluvut vuosilta 2010 ja 2015

Turku	2015	2010		2015	2010
<b>Perustiedot</b>			<b>Katetiedot</b>		
Väkiluku	185 810	177 326	Toimintakate / asukas	-5 182	-4 848
Kunnallisveroprosentti	19,50	18,75	Vuosikate / asukas	324	500
<b>Tulot yht. / asukas</b>	<b>5 360</b>	5 210	<b>Rahoitusasema</b>		
Verotulot / asukas	3934	3445	Omavaraisuusaste, %	51,4	53,9
Valtionosuudet / asukas	1426	1765	Suhteellinen velkaantuneisuus, %	59,2	44,2

Lähde: Turun kaupungin tilinpäätöstiedot 2015 ja 2010

### Sosiaali- ja terveyspalvelujen nykyinen organisaatio

Turun kaupungin hyvinvointitoimiala koostuu nykyisin kolmesta palvelualueesta – terveyspalvelut, perhe- ja sosiaalipalvelut ja vanhus- ja vammaispalvelut. Toimialaa johtaa toimialajohtaja ja palvelualueita palvelujohtajat. Hyvinvointitoimialan hallinnosta ja yhteisistä toiminnoista vastaa hallinto- ja talousjohtajan johtama organisaatioyksikkö. Terveyspalvelujen palvelualueen organisaatioyksiköt ovat: yhteiset toiminnot, avopalvelut, suun terveydenhuolto, polikliniset palvelut, sairaalapalvelut ja mielenterveys- ja päihdepalvelut. Perhe- ja sosiaalipalvelujen palvelualueen organisaatioyksiköt ovat: yhteiset toiminnot, ehkäisevä terveydenhuolto, psykososiaaliset palvelut, avohuollon sosiaalityö ja sijaishuollon sosiaalityö. Vanhus- ja vammaispalvelujen organisaatioyksiköt ovat: vanhuspalvelut ja vammaispalvelut.

Hyvinvointitoimialan nykyinen organisaatiomalli on tavallaan virtaviivaistettu versio siitä organisaatiosta, joka syntyi vuonna 2009 silloisen sosiaalikeskuksen ja terveystoimen yhdistyessä. Vuosina 2009 – 2011 yhdistyneen sosiaali- ja terveystoimen tulosalueita oli kaikkiaan seitsemän, joista vuosien varrella on erilaisten hallinnollisten uudelleenorganisointien, tulosalueiden hallintokunnasta pois siirtämisen ja tulosalueiden yhdistämisen myötä päädytty nykyiseen palvelualuemalliin 3 + 1 (asiakasvastuulliset palvelualueet ja toimialan hallinnosta ja yhteisistä toiminnoista vastaava kokonaisuus).

Vuoden 2013 alussa koko kaupungin organisaatiomallia uudistettiin. Uudistuksen pääsisältönä voidaan pitää luopumista sopimusohjausmallista (ja tähän liittyvien organisatoristen rakenteiden poispurkamista), toimialajohtamisen malliin siirtymistä ja kaupunkioorganisaation toiminnan yhdenmukaistamista ottamalla käyttöön kaupungin keskushallinnon ja eri toimialojen rajalinjat läpileikkaavat matriisitoiminnot (muun muassa juridiikan, talousjohtamisen, kehittämistoiminnan ja strategisen henkilöstöjohtamisen alueella).

Kaupunkioorganisaation nykyinen kokonaisuus käy ilmi seuraavasta kuviosta.

### Turun kaupungin organisaatiokaavio vuonna 2016



## Palveluintegraation tausta

Turussa sosiaali- ja terveystoimien integraatioajattelun kannalta on keskeisenä pidettävä mielessä neljää tekijää. Ensinnäkin vuonna 2009 toteutettu sosiaalikeskuksen ja terveystoimien hallinnollinen fuusio (virasto-organisaatio ja sitä ohjaava poliittinen elin eli sosiaali- ja terveystoimi) loi uudet edellytykset palveluintegraation syventymiselle. Toisaalta vuoden 2013 toteutettu toimintamalliuudistus oli iso asia koko kaupunkitasoisen palveluintegraation näkökulmasta: uudistuksessa fuusioitiin viisi tulosalueeksi. Kaiken kaikkiaan kaupunkitasoinen organisaatorakenneuudistus ei kovin paljon sosiaali- ja terveystoimien rakenteita koskenut, koska entinen sosiaali- ja terveystoimi jatkoi käytännössä vanhalla organisaatiomallilla uudessa toimialajohtamisen rakenteessa. Huomionarvoista on, ettei muilla toimialoilla tehty muutoksia poliittisen päätöksenteon rakenteisiin (esimerkiksi vapaa-aikatoimialalle jäi vanhat lautakuntarakenteet fuusioituneista hallintokunnista). Toimialajohtamalliin siirtyminen merkitsi luopumista myös entisistä apulaiskaupunginjohtajien vakansseista. Kolmantena tekijänä on mainittava edellä jo todettu matriisiorganisaation rakentaminen osaksi kaupunkiorganisaatiota, joka pääpiirteittäin oli toiminut tähän asti selkeänä linjaorganisaationa. Matriisit perustettiin tuomaan yhteneväisyyttä kaupunkiorganisaation toimintaan. Neljäntenä tekijänä nousee Turussa esille palveluintegraatioon vaikuttaneista tekijöistä se, että 2010-luvulla alettiin kiinnittää erityistä huomiota uudentyyppisten palvelukonseptien rakentamiseen poikkihallinnollisena yhteistyönä. Esimerkiksi terveyden edistämiseen on Turussa panostettu huomattavasti poikkihallinnollisena yhteistyönä viimeksi kuluneiden vuosien aikana.

Palveluintegraation motiivit ovat Turussa olleet neljänlaisia. Niiden merkitys on asiasta riippuen vaihdellut, mutta palveluintegraatioon tähtääviä rakenne- ja palvelu-uudistuksen motiivit ovat periaatteessa palautettavissa seuraavassa mainittuihin teemoihin: asiakkaan palvelujen sujuvuuden parantaminen, henkilöstön toiminnan ja työn sujuvoittaminen, johtamisen uudistaminen (ja tietojohdamisen merkityksen korostuminen aivan erityisesti, periaate ”oikea tieto oikeassa paikassa oikeaan aikaan”), ja talouden näkökulma (ja erityisesti talouden tasapainottamiseen liittyvät tavoitteet). Johtavien paikallispoliitikkojen puheissa keskeisimpiä palveluintegraation motiiveja ovat olleet asiakas-, henkilöstö ja talousnäkökulma.

## Palveluintegraation kohdentuminen

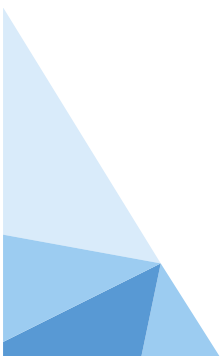
Viime vuosina Turussa on huomiota kiinnitetty erityisesti seuraaviin palveluintegraation muotoihin:

- Erikoissairaanhoidon ja perussairaanhoidon palveluprosessia on sujuvoitettu sairaalasta kotiuttamista ja siihen liittyvää kuntoutusta uudistamalla. Tämä on ollut toimialan johdon ja sosiaali- ja terveyslautakunnan erityisenä kiinnostuksen kohteena ja prosessin sujuvuutta on seurattu säännöllisesti (siirtoviivemaksut).
- Neuvolatoiminnan ja varhaiskasvatuksen yhteensovittaminen sekä parempi palvelusaatavuus.
- Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden problematiikka ja tähän liittyen hyvinvointitoimialan sisäisten päihde- ja mielenterveystiimien perustaminen (Kaste-hankkeella oli tässä asiassa suuri merkitys; sittemmin toiminnan vakinaistamisen vakanssiresurssit ovat viipyneet valmistelussa).
- Palveluseteli- ja ostopalvelujärjestelmä, mikä on tuonut mukanaan verkkopalvelujen uudistamisen ja kokonaan alusta asti rakentamisen (verkkopalvelut on nähty Turussa tehokkaaksi keinoksi kanavaksi tarjota palveluja ja edistää palvelujen saatavuutta).
- Erikoissairaanhoidon palvelukokonaisuuden uudistaminen ja työnjaon uudistaminen sairaanhoitopiiriin sekä kaupungin oman erikoissairaanhoidon välillä.

## Palveluintegraation vaikutukset

Aikanaan vuonna 2009 toteutettua sosiaalikeskuksen ja terveysviraston yhdistämistä perusteltiin sekä toiminnallisesti että taloudellisesti. Sittemmin sosiaali- ja terveystoimi ja hyvinvointitoimiala eivät ole palanneet virastofuusion tavoitteiden toteutumiseen eivätkä arvion antamiseen virastofuusion toiminnallisista ja taloudellisista vaikutuksista. Viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana hyvinvointitoimialalla on saavutettu merkittäviä toiminnallisia ja taloudellisia vaikutuksia palveluintegraation syventämisessä. Näitä ovat olleet muun muassa seuraavat vaikutukset:

- Erikoissairaanhoidon palveluprosessin uudistamisen yhteydessä siirtoviivemaksut ovat muutamassa vuodessa vähentyneet useista miljoonasta eurosta miljoonaan euroon.
- Toimialalla on kehitetty seurantamekanismeja palvelujen uudistamisen kannalta kriittisiin kipupisteisiin ja näitä raportoidaan säännöllisesti sosiaali- ja terveyslautakunnalle.
- Palvelukysyntä on edelleen pysynyt korkeana, mikä on tavallaan "haitannut" taloudellisten säästöjen aikaan saamista palveluintegraation keinoin – tai todellisten taloudellisten vaikutusten arvioimista.
- Organisaation johtaminen on ottanut selviä askeleita parempaan suuntaan. Johtamisen asenneilmapiiri on alkanut muuttua kokonaisnäkökulmaa entistä paremmin huomioon ottavaksi, vaikka budjettivastuiset virkamiehet ovat edelleen huolissaan oman budjettinsa toteutumisesta (osaoptimoinnin vaara). Toisaalta konserninäkökulma on vahvistunut koko ajan, viimeksi kuluneiden vuosien aikana. Tämä näkyy koko kaupungin tasolla, mutta myös hyvinvointitoimialalla. Sama konserninäkökulma on vahvistunut myös budjetoinnissa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että nykyiset toimialat katsovat ja ymmärtävät myös toisten toimialojen toiminnallisia pulmallisuuksia ja yhteensovittamisen paikkoja. Talous hallitsee koko ajan keskustelua johdon piirissä edelleen, mutta nyt ehkä kokonaisvaltaisemmin. Johdon reagointinopeus on myös jossain määrin lisääntynyt. Talouden johtaminen on tavallaan tullut helpommaksi, koska asioille pystytään nykyisin pääsääntöisesti laskemaan hinta ja jopa vaihtoehtoiskustannus. Seurantajärjestelmät ovat kaiken kaikkiaan viime vuosina parantuneet.



Kehittämistarpeena edelleen se, että toimialojen controllerit saadaan paremmin kytetty kehittämistoimenpiteiden toteuttamiseen.

- Kokonaisuutta arvioitaessa näyttää myös siltä, että henkilöstön näkökulmasta palveluintegraatiosta on hyvinvointitoimialalla ollut positiivisia vaikutuksia. Tilanteiden ennakoinnattomuus on vähentynyt ja toimialan parhaat osaajat on noin pääsääntöisesti saatu valjastettua kriittisiin kehittämiskohteisiin.

## Sote-uudistukseen valmistautuminen palveluintegraation keinoin

Tulossa oleva sote-uudistus on viime vuosina näkynyt hyvinvointitoimialalla monin eri tavoin:

- Uudistus on säännöllinen keskusteluaihe johdon keskusteluissa ja tapaamisissa.
- Palveluketjujen hallinta on noussut merkittäväksi kehittämiskohteeksi ja tätä kysymystä tarkastellaan nykyisin nimenomaan maakuntatasoisena kysymyksenä.
- Kehittämishankkeiden kokonaisuus on yritetty rakentaa niin, että kehittäminen palvelee palveluintegraatiota ja sote-uudistuksen kansallisia tavoitteita.
- Sähköiset palvelut ja tietojohdaminen ovat olleet viime aikoina erittäin merkittävässä roolissa.
- Asioita katsotaan entistä enemmän palvelujen käyttäjien näkökulmasta. Sähköisen palvelualueen rakentaminen ja hyödyntäminen on tullut viimeistään nyt osaksi palveluluojauksen uudistamista.
- Toimialalla on kehitetty sote-uudistusta ennakoiden erilaisia toiminnallisia uudistuksia palvelukonsepteissa. Esimerkkinä voi mainita psykiatrian palvelukokonaisuus ylihallinto- ja organisaatorajojen (kaupungin omat palvelut erikoissairaanhoidossa ja sairaanhoitopiiriin palvelujen osalta).
- Kehittämisen haasteena on tunnistettu se, että edelleen toimialalla olisi syytä vauhdittaa entisestään kaupungin eri toimialojen yhteistyötä ja yhteistoimintaa sairaanhoitopiiriin kanssa. Paikoitellen on edelleen sellainen vaikutelma organisaation eri horisontaalisilla ja vertikaalisilla tasoilla, että edelleen näperrellään pieniä juttuja toimialojen sisällä sen sijaan että pitäisi pohtia toimialojen välistä yhteistyötä.

## Yhteenveto

Yhteenvetona voidaan todeta, että Turussa on toteutettu sekä koko kaupunkiorganisaatiossa että hyvinvointitoimialalla viime vuosina runsaasti eritasoisia organisaatiomuutoksia. Niiden kokonaisvaikutusten tekeminen on vielä jäänyt tekemättä, mutta kaikesta päätellen tehdyillä rakenteellisilla muutoksilla on vauhditettu kaupungin sisäisten toimijoiden välistä yhteistyötä että yhteistyötä ulkopuolisten toimijoiden (erityisesti sairaanhoitopiiri) kanssa. Kaupungin strategiana näyttää myös olleen edetä pienten askelten politiikalla – eli uudistamalla palvelukonsepteja ja palveluprosesseja. Huomionarvoista on, että Turussa on viime vuosina kiinnitetty huomiota muiden isojen kaupunkien tapaan paljon palveluja käyttävien problematiikan tunnistamiseen ja heille uusien palveluväylien rakentamiseen. Johtaminen näyttäytyy Turussa sekä palveluintegraation moottorina (edellytyksenä) että tuloksena: palveluintegraatio edellyttää hyvää johtajuutta ja palveluintegraatio johtaa entisestään kokonaisvaltaisempaan johtamisajatteluun ja -toimintaan. Palveluintegraation motiiviperusta on ollut Turussa läpi viime vuosien suurin piirtein ennallaan: kaikesta päätellen talouden näkökulma on vaikeasta taloustilanteesta johtuen tässä motiivikokonaisuudessa ja uudistusten perustelussa ylikorostunut.

